

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

822

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Madeleine CAUCHOIS

Née le 1^{er} septembre 1910, à Rouen (Seine-Inférieure)

DOUZE ANS DE SERVICE SOCIAL

A

L'HOPITAL TROUSSEAU

Travail du Service du Docteur LESNÉ

Président : M. LEREBoullet, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1936

8

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552203_0011

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Madeleine CAUCHOIS

Née le 1^{er} septembre 1910, à Rouen (Seine-Inférieure)

DOUZE ANS DE SERVICE SOCIAL

A

L'HOPITAL TROUSSEAU

Travail du Service du Docteur LESNÉ

Président : M. LEREBoullet, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL .. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BEZANÇON.. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

[illegible]

V. — CHARGÉS DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
RUPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE
LE DOCTEUR COUTAN

Modeste témoignage de gratitude et d'admiration.

A MA MÈRE

Expression de ma filiale tendresse.

A MON CHER PAPA

Dont l'inoubliable exemple orienta ma vie.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS ET CAMARADES

A M. LE PROFESSEUR LEREBoullet

Médecin à l'Hôpital des Enfants-Assistés.
Membre de l'Académie de Médecine

En témoignage de ma respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il me fit en voulant bien accepter la présidence de cette thèse.

A M. LE DOCTEUR M. LOISEL

Médecin des Hôpitaux de Rouen

Dont l'enseignement élevé fut ma première initiation à la Médecine, en signe de mon respectueux attachement.

A M. LE PROFESSEUR F. DÉVÉ

Professeur de Clinique médicale à l'Ecole de Médecine de Rouen.
Médecin des Hôpitaux de Rouen

Qui contribua pour une si grande part à ma formation médicale, en témoignage de ma profonde reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR E. LESNÉ

Médecin des Hôpitaux de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

Qui guida avec tant d'autorité mes études en Pédiatrie et m'inspira ce travail. Qu'il veuille bien trouver ici l'assurance de toute ma gratitude.

A M. LE DIRECTEUR
ET A MM. LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE ROUEN

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

Externat :

M. LE DOCTEUR M. LOISEL
M. LE PROFESSEUR F. DÉVÉ
M. LE DOCTEUR PAYENNEVILLE

Internat :

M. LE DOCTEUR A. CAUCHOIS
M. LE DOCTEUR J. LECAPLAIN
M. LE PROFESSEUR F. DÉVÉ

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE DOCTEUR LESNÉ

M. LE DOCTEUR HEUYER

Clinique de Neuropsychiâtrie infantile

A MES CONFÉRENCIERS ET MES CHEFS DE CLINIQUE

M. LE DOCTEUR A. DEROCQUE

Chirurgien des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR POTEZ

Médecin des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR TAMBAREAU

Chirurgien des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR J. FLEURY

Médecin des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR DELAPORTE

Médecin des Hôpitaux

*En témoignage de reconnaissance pour
leur précieux enseignement.*

A MADEMOISELLE LE DOCTEUR G. DREYFUS-SÉE

ET MADAME LE DOCTEUR ARDOIN-LINOSSIER

Assistantes du Service Lesné

*Dont les conseils me furent précieux
dans l'élaboration de cette thèse.*

A MADEMOISELLE PERROTTE ET MADEMOISELLE DERVAUX

ET A TOUTES LES ASSISTANTES SOCIALES

DE L'HOPITAL TROUSSEAU

*Qu'elles trouvent ici l'expression de mon
amitié et de ma reconnaissance.*

DOUZE ANS DE SERVICE SOCIAL A L'HOPITAL TROUSSEAU

Avant-Propos.

Nous n'avons pas eu l'intention, dans cette thèse, de poser des règles d'hygiène ni des limites à la médecine.

Nous avons simplement décrit une expérience qui correspond au milieu très particulier qu'est celui d'un service d'hôpital d'enfants. Nous n'avons pas la prétention d'avoir toujours obtenu de solution idéale, mais en face des conditions déplorables de la vie parisienne dans les milieux misérables, il a fallu rechercher la formule optima.

Si nous avons semblé méconnaître parfois l'action sociale personnelle du médecin, c'est que les conditions de la médecine hospitalière parisienne ne lui laissent plus les mêmes possibilités d'action que jadis.

Si enfin, nous avons paru à certains égards donner une place excessive à l'activité de l'infirmière, c'est justement parce que l'Assistante Sociale à l'hôpital est pour le médecin une collaboratrice et non une rivale, et qu'elle ne fait rien que dans la ligne de conduite inspirée par le médecin. Puisse-t-il en être partout ainsi, et les armées du Service d'Hygiène Sociale travailler en conjonction avec les médecins pour le plus grand bien du malade.

CHAPITRE I

Le Service Social à l'Hôpital.

Généralités.

Service paramédical assuré habituellement par des infirmières diplômées, ayant reçu de plus une formation spécialisée, le S. S. H. a pour but d'établir un courant d'informations à double sens, entre le médecin de l'hôpital et le malade replacé dans son milieu social.

D'autre part, il permet de découvrir, dans bien des cas, la cause première du trouble observé : surmenage, sous-alimentation, carence solaire ou autre, agents contaminants etc... ; et, connaissant les possibilités d'hygiène et de traitement, d'édifier un plan d'action et une prophylaxie *in situ*, capable d'éviter non seulement la reproduction des accidents pathologiques chez le même sujet, mais aussi la répétition de ces accidents chez d'autres : frères et sœurs surtout. Le dépistage n'est donc pas stérile, puisqu'il permet de traiter par l'enfant, la mère, le père, la famille entière, jusqu'alors supposés sains.

D'autre part, les prescriptions médicales résultant de l'examen du malade et de l'enquête sociale, restées trop souvent inopérantes à cause de l'incompréhension dont elles sont l'objet, seront commentées, concrétisées et adaptées, au besoin rendues accessibles par une aide matérielle, grâce aux conseils et à la surveillance à domicile, au cours des traitements ambulatoires, à la sortie de l'hôpital ou en retour de cure.

Les malades négligents seront également ramenés à la consultation ou au traitement par le S. S.

Enfin, l'assistante sociale, véritable agent de liaison avec les divers organismes de bienfaisance dont elle connaît le mécanisme, effectuera ou indiquera, suivant les cas, les démarches et formalités permettant au malade de bénéficier des dispositions légales et des secours propres à son cas : aide rendue indispensable par l'impuissance matérielle du médecin à élucider lui-même chaque cas social soumis à son examen et par l'ignorance où se trouve le malade lui-même, des rouages compliqués de l'assistance médicale.

Le service social à l'hôpital constitue donc un précieux instrument, capable, nous l'espérons, de combler les graves lacunes de la médecine d'aujourd'hui et surtout de demain : médecine spécialisée d'abord, médecine officielle surtout ; elle tend à remplacer, au moins dans certaines classes sociales, la médecine générale. Le traditionnel médecin de famille, distant seulement de ses concitoyens par le haut de forme et la redingote, mais voisin, confident et ami de son client, a cédé de plus en plus le pas au médecin de dispensaire ou d'hôpital, entrevu à la consultation, entouré de tout son personnel, si énigmatique et si impressionnant dans sa tenue blanche ! Le médecin d'hôpital, il faut le reconnaître, possède seul, actuellement, l'instrumentation et les moyens d'examen rendus nécessaires par la médecine moderne, et c'est bien à lui que le client ira de plus en plus. Et le malade transformé en numéro, venu d'un lointain quartier, de banlieue, voire de la province, ne pourrait, sans l'assistante, être connu que très imparfaitement du médecin.

De même, la partie administrative toujours croissante de la profession risquait de submerger la médecine science et art et de faire du médecin un rouage administratif. Si le côté philanthropique de la médecine ne peut ni ne doit échapper aux médecins, du moins seront-ils déchargés, dans la pratique, par l'Assistante sociale : les modalités d'application et du traitement seront étudiées et les difficultés d'ordre administratif seront résolues en dehors d'eux.

Le rôle moral de l'Assistance sociale est tout tracé au-

près de l'adulte arraché par la maladie à sa famille, à son travail : elle rassure la mère de famille en s'occupant de placer les enfants pendant la durée de l'hospitalisation, réconforte le père en assurant la subsistance des siens.

Mais dans le cas de maladie de l'enfant, le rôle moral de l'Assistante s'adressera moins à l'enfant hospitalisé qu'à ses parents eux-mêmes. A ceux-ci, elle portera le réconfort de voir que le « petit » est en de bonnes mains, et que tout sera fait pour le sauver. Elle leur apprendra les exigences de la paternité et de la maternité, ramenant au foyer le père volage et réapprenant à la femme infidèle les joies simples de la vie normale. Elle s'opposera de toutes ses forces aux abandons et ne négligera rien non plus pour décider et aider une mère à conserver près d'elle son nourrisson.

En somme, par le rayonnement de son idéal, elle s'ingéniera à faire à l'enfant un « milieu » propre à son développement physique et moral.

Historique général du S. S. H.

Le S. S. H. est d'une conception bien française et la femme de chez nous semble devoir y exceller plus que toute autre. Pourtant l'idée nous en vint, une fois de plus, d'outre-mer. C'est, en effet, à Boston, que, pour la première fois, le Dr Richard Cabot, qui a tant fait et tant écrit pour la médecine sociale, tenta au « Massachussett's general hospital » cette intéressante expérience. Ce fut d'ailleurs, sur une échelle bien modeste, puisque l'unique A. S. travaillait dans un bout de couloir cédé comme à regret. Mais les services rendus à tous par cette innovation furent tels, qu'après six ans on n'imaginait plus le fonctionnement de l'hôpital sans le service social. Celui-ci comprend dès lors différentes sections : tuberculeux, nerveux, filles-mères — section d'hygiène, section de prêts (pour appareillage, par exemple) — service social à la consultation et en salle, section de coopération avec les autres œuvres.

La direction est assurée par un Comité formé de médecins des hôpitaux, d'administrateurs et d'assistants médico-sociaux. Des infirmières rétribuées assurent les cadres officiels ; à elles s'adjoignent des bénévoles, sous la direction des premières.

Le recrutement et la préparation se font, en vue de la répartition dans les autres hôpitaux, au « Massachussetts general hospital » devenu ainsi une pépinière de « Social workers ».

Le rapport très intéressant qui fut fait à ce sujet par Mme Nageotte-Wilbouchewitch, à la Société de Pédiatrie, en novembre 1913, détermina en France les premiers essais.

En mars-avril 1914, la première infirmière sociale était installée dans le service du Professeur Marfan, à l'Hôpital des Enfants-Malades. Il n'est pas sans intérêt de constater que le S. S. H. fut inauguré en France dans un service d'enfants où, comme nous le verrons, la nécessité s'en fait sentir plus impérieusement que dans toute autre spécialité.

La guerre survenant ne permit pas à ce premier essai d'être poursuivi, sauf à titre privé (1).

En 1917, la *Croix-Rouge américaine* installa le S. S. dans quelques services parisiens : tuberculeux et maternité, mais ce n'est qu'en 1919 que l'initiative privée, en la personne de Mme Getting, qui devait faire du S. S. H. sa vie et être l'âme de cette grande œuvre, que l'initiative privée, dis-je, reprenait pour les centraliser ces efforts dispersés, et créait trois Comités :

Maternité, en juillet 1919 ;

Tuberculose, en juin 1920 ;

Enfants, en février 1921,

qui furent fédérés le 30 mai 1921, sous le nom de *Service Social à l'Hôpital*, reconnu, peu après, d'utilité publique.

Le S. S. comptait alors 23 assistantes réparties entre 13 services hospitaliers.

1. Il fut assuré par la Société des Infirmières-Visiteuses de France.

Un *Comité Central* ayant pour président M. Mourier, directeur de l'Assistance Publique, coordonne tout ce qui est fait en matière de service social, recueille les subventions et les répartit entre les différentes sections.

Chaque section est elle-même gérée par un *Comité spécial*, dont le Président est membre du *Comité Central*.

Vis-à-vis de l'Assistance Publique, le S. S. H. garde une certaine autonomie, que réclament la variabilité et la souplesse nécessaires au travail social. Mais si le S. S. n'est pas, à proprement parler, un rouage de l'Assistance Publique, il est cependant reconnu et subventionné par elle.

Actuellement, le S. S. H. fonctionne dans 26 services parisiens, répartis en 7 sections : enfants, maternité, tuberculeux, médecine générale, chirurgie, dermato-syphilographie, bibliothèque. Il occupe 113 assistantes et son budget annuel s'est élevé, pour l'exercice 1935, à 98.294 fr.

Son *Siège social*, 44, rue de Lisbonne, abrite des réunions hebdomadaires, entre assistantes de la même section, et des réunions mensuelles, les groupant toutes ; celles-ci sont destinées à la mise en commun des expériences et au renouvellement de l'esprit d'apostolat. Enfin, des Congrès annuels permettent aux assistantes des différents pays et des différentes régions d'apporter à la collectivité leurs expériences et le résultat de leurs efforts.

Le S. S. H. est estimé, d'une façon absolument générale, par les chefs de service et tout le personnel médical qui comprend à quel point son travail se trouve fertilisé et prolongé par l'entremise des assistantes.

Si nous avons pu dans ce travail mettre en lumière quelques points de l'immense action sociale réalisée à l'Hôpital Trousseau pendant ces dernières années, c'est grâce aux assistantes qui ont bien voulu tenir à notre disposition tout leur travail d'enquêtes et de fiches et nous mettre à même par de longs entretiens, de saisir à travers leur activité multiforme l'idéal qu'elles poursuivent. Que toutes soient ici remerciées et pour l'aide qu'elles nous ont apportée et pour le grand exemple qu'elles donnent tous les jours.

Ce travail nous a été inspiré par M. le Dr Lesné et nous voulons voir en notre maître, dont la notoriété est si universellement admise en Pédiatrie, au delà de la science que nous avons tant de fois admirée, la bonté et l'amour qu'il eut pour tous ces petits confiés à ses soins.

Non content d'avoir lui-même introduit dans le service les assistantes qui devaient les comprendre et les protéger, il ne cessa de conduire et d'encourager les efforts du service social, estimant que la reconstruction est la partie importante de l'action médicale, reconstruction sur les bases de l'Hygiène, mais aussi sur les bases de la morale et de la famille.

Le service social à l'Hôpital Trousseau

(Historique).

C'est en avril 1923 que, deux ans après la création de la section « Enfants » du Service Social, le Dr Lesné réclama une assistante sociale pour son service de médecine infantile de l'Hôpital Trousseau.

LE SERVICE.

Il n'est pas inutile pour saisir l'importance du travail qui était à accomplir, de jeter un rapide coup d'œil sur la constitution et les dépendances de cet important service d'enfants. Il comprend un certain nombre de pavillons autonomes, abritant toutes les ramifications du service. Deux salles symétriquement placées reçoivent les grands enfants : là sont traitées toutes les affections peu ou pas contagieuses.

Plusieurs pavillons d'isolement sont ouverts respectivement aux rougeoles, scarlatines, diphtéries, coqueluches ; un pavillon d'attente reçoit les malades douteux.

La crèche fonctionne d'une façon autonome, avec sa biberonnerie, qui ne reçoit rien de la cuisine centrale et ses nourrices logées sur place. Elle abrite, avec la mère, s'il en

est besoin, des nourrissons hypotrophiques ou malades soumis aux régimes les plus divers.

Le recrutement est assuré par la *consultation externe* ; celle-ci a lieu tous les jours avec un personnel médical spécial. Elle est faite, une fois par semaine, par le D^r Lesné et son service.

On eût été tenté de penser ou de dire alors : « à quoi bon cette nouveauté ? Le service marche très bien sans cela ».

Mais le temps a donné raison à cette « nouveauté » et c'est le service lui-même qui dut repousser ses limites, à cause du surcroît d'activité qu'entraîna rapidement le service social.

L'ŒUVRE A ACCOMPLIR.

Un objectif urgent s'imposait avant tout à la nouvelle assistante active et compatissante, Mlle Perrotte, et M. Lesné le lui souligna dès son arrivée : les petits *Tuberculeux* et les petits *Syphilitiques* qu'il ne fallait à aucun prix laisser errer entre les différentes consultations d'hôpital ou de quartier et, ce qui est surtout à craindre, abandonner toute surveillance médicale, après une cure insuffisante. C'est pour eux, nous le verrons, que furent faits les premiers efforts et c'est sur ces deux terrains, qu'on obtint le plus vite une organisation stable et satisfaisante.

Mais là ne se bornait pas l'horizon de la nouvelle assistante. Pour les enfants convalescents, pour les petits hypotrophiques et les débiles, le travail de placement et de surveillance, jusque-là assuré au mieux par le service, tombait dans le ressort du service social.

Ajoutons qu'en dehors des nécessités purement médicales le S. S. se trouva souvent en présence de véritables problèmes sociaux, pour lesquels l'esprit d'initiative de l'assistante fut immédiatement mis à contribution par les administrateurs eux-mêmes.

D'emblée, le travail afflue, malgré les moyens très réduits. C'est la « période du tour de force ». En six mois 135 cas sont enregistrés, 95 visites sont faites à domicile et 110 démarches sont tentées. Grâce à des dons généreux, vête-

ments, layettes et secours en espèces sont distribués à propos. Les résultats sont déjà là : 13 dépistages, 19 placements, dont deux nourrissons.

De 1923 à 1928, un accroissement tel se produit que les cadres se montrent insuffisants. En 5 ans, le nombre des cas inscrits a doublé et celui des placements a plus que triplé, il y a quatre fois plus de dépistages à mentionner (voir la courbe du développement du S. S.).

Mais, la surveillance de plus en plus fréquente des petits tuberculeux et des petits syphilitiques, rendue possible par les visites et les convocations, exige maintenant un tel travail que le personnel médical n'y suffit plus. Rendues urgentes, par l'extension même du service, deux consultations spéciales sont créées : 1° celle de *syphilis congénitale*, dirigée par MM. Boutellier et Lefèvre, puis par Mme Ardoin, est bientôt dotée d'une seconde assistante ; 2° quelques années plus tard, celle de *retour de cure*, est prise en mains par Mlle Dreyfus-Sée : elle conserve Mlle Perrotte comme assistante.

CONSULTATION DE SYPHILIS CONGÉNITALE.

Créée en 1928, cette consultation réalise véritablement un service autonome, avec ses locaux particuliers, son fichier et son personnel médical. Le recrutement se fait à partir du service Lesné, qui y envoie à traiter tous les hérédosyphilitiques dépistés en salle et à la consultation, mais aussi, au delà de celui-ci, par son service social. On y travaille cependant, toujours en relation étroite avec le service de médecine générale, où sont hospitalisés les malades fébriles et ceux dont l'état nécessite des examens ou soins spéciaux, tels que : ponction lombaire, lipiodol intra-trachéal etc...

En huit ans d'existence, le nombre des malades inscrits annuellement a presque quadruplé : 421 malades sont traités et suivis. Les irréguliers, rappelés au traitement, sont au nombre de 371.

Grâce à la rare compétence de Mme Ardoin et de Mlle Ronget, qui lui fut adjointe, ce service de dépistage se

double d'un service de travail et d'expérimentation médicale en matière d'hérédo-syphilis. Mais cette consultation si intéressante n'eut jamais été ce qu'elle est, sans les profondes assises que lui ont données les enquêtes, les visites, l'influence de Mlle Dervaux, qui ne peut cacher, malgré toute sa modestie, l'attachement total qu'elle a voué à ses pauvres petits.

CONSULTATION DE RETOUR DE CURE.

Cette consultation fonctionne depuis le 3^e trimestre 1931. Pendant les deux premières années, l'existence est précaire, l'organisation matérielle très insuffisante. Néanmoins 200 placements sont faits dans le courant de chacune de ces deux années et quand la consultation est définitivement installée, en octobre 1933, dans ses locaux propres, elle compte déjà 500 dossiers d'enfants suivis.

Grâce au service social, tout enfant bacillaire, une fois examiné, placé ou traité est suivi, rappelé au retour de cure et orienté suivant son état. La famille est examinée, les frères et sœurs sont inscrits, s'il y a lieu.

Dès 1934, 96 consultations, 1.115 examens d'enfants, et 324 décisions de placement sont enregistrés, 40 enfants ont été mis au repos chez eux, ou à la campagne et surveillés régulièrement.

L'organisation est la suivante : la consultation a lieu deux fois par semaine, recevant les enfants à cuti-réaction positive dépistés à la consultation hebdomadaire du Dr Lesné, décidant les placements et prenant en charge tous les tuberculeux sortant du service de médecine. Les consultants sont, par contre, hospitalisés dans le service pour mise en observation ou traitement.

Cette consultation très active, qui compte actuellement 1.500 fiches, représente avec son service de placement et de dépistage un véritable centre de prophylaxie anti-tuberculeuse. Mlle Dreyfus-Sée, qui en est l'âme, a réussi à susciter autour d'elle des dévouements à la hauteur de ses qualités cliniques bien connues. Là encore, des travaux

extrêmement précieux, appuyés sur une constante pratique, sont mis au point à tout instant sur le traitement et la prophylaxie de la tuberculose infantile.

CONSULTATION DE NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE.

Le Dr Baruch examinait habituellement les enfants du service atteints de troubles nerveux ressortissant à la psychiatrie et c'est seulement en 1924 que fut individualisée la consultation.

On y envoya alors, avec les malades hospitalisés dans le service, tous les petits consultants qui présentaient un retard intellectuel, des troubles du caractère ou une tare mentale quelconque, soit à titre documentaire pour être testés et catalogués, soit à titre curatif, dans le cas de rééducation à faire, par exemple, ou d'orientation sur des établissements quelconques : maisons de redressement, centres d'apprentissage, écoles de perfectionnement, parfois internement simple.

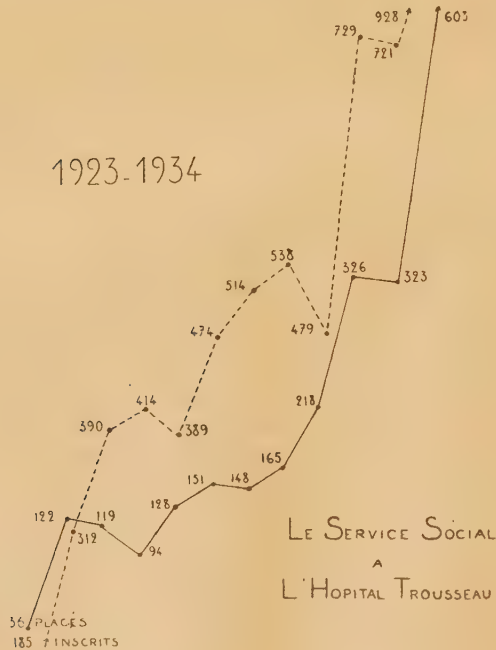
Cette consultation fut confiée, après M. le Dr Baruch, au Dr Lagache et, récemment, au Dr Rouard. Ils surent lui donner un renom de science compréhensive. Très florissante, elle dut porter ces dernières années à deux par semaine, le nombre des jours de consultation. Plus de 500 enfants y furent examinés par an ; outre les rééducations et les placements faits habituellement, des traitements récents y furent expérimentés, donnant lieu à des travaux très intéressants, notamment sur le *Traitement de l'Epilepsie par les injections intra-rachidiennes d'air* (Thèse de Mlle Lemarchand, 1936).

Le travail social n'y manquait pas. On y aurait bien employé une assistante supplémentaire, mais cette charge incombait encore à Mlle Perrotte, qui regrette de n'avoir pu faire plus pour ces petits déshérités.

* * *

Des services voisins de médecine, de chirurgie et de spécialité, on a fait de si fréquents appels au service social qu'il

fallut de toute urgence, créer de nouveaux postes d'assistantes. Actuellement, il existe à l'hôpital Trousseau 5 assistantes : Mlles Perrotte, Dervaux, Maubec et Cléry chargées respectivement : du service de médecine, de la consultation de syphilis héréditaire, de la chirurgie, de la consultation ; enfin, une auxiliaire, Mlle Hartmann fait la liaison entre la médecine et la chirurgie.



Unissant par l'intimité de leurs relations, leurs efforts, et mettant en commun leurs renseignements, non seulement de service à service, mais aussi d'hôpital à hôpital, les assistantes évitent ainsi le double emploi et ont vite fait de tisser un réseau d'informations auquel il est souvent fait appel.

On le voit, le S.S. a tenu une grande place et joué un rôle primordial dans la marche et le développement du service et des services de l'hôpital Trousseau : on peut dire,

en un certain sens, que c'est lui, avec et par M. le Dr Lesné qui l'a fait tel qu'il est. Cette œuvre répond bien à l'impulsion donnée par le grand mouvement du S. S. H. dont elle est une filiale authentique : mais c'est aussi une œuvre originale, une œuvre personnelle : celle de Mlle Perrotte, l'assistante sociale de M. Lesné ; longtemps « l'assistante de l'Hôpital Trousseau », dont la silhouette discrète, le sourire effacé, l'insinuante bonté a, sans se lasser, jour après jour, poussé l'humble porte du logis sans lumière, habité par la misère et la maladie, et sollicité pour « ses enfants » quelque secours à la porte haute des officiels et des grands. Partout la distinction de sa personne et l'élévation de ses sentiments l'ont fait également estimer.

La place de l'assistante sociale.

Le dépistage est le point de départ et l'aboutissant du travail social. Mais quel est le poste d'observation de l'assistante sociale, où doit commencer ce dépistage, où finit-il ?

L'assistante n'a sa place nulle part : ce n'est pas, en effet, de son petit bureau, qu'elle verra les nouveaux arrivants, qu'elle entendra les avis du médecin, qu'elle se fera une impression sur la famille.

Non, elle n'a sa place nulle part ; mais elle doit être partout où il y a des malades qui ont besoin de son intervention, partout où le médecin compte sur elle pour mettre à exécution ses directives, partout où la famille attend un éclaircissement, un réconfort...

Et, de fait, elle est partout, elle est toujours là.

Elle est présente à la consultation. Il faut, en effet, qu'on puisse savoir immédiatement, jusqu'à quel âge ce préventorium prend les enfants, à quels frais peut entraîner tel placement, si les assurances sociales en prennent la charge, si l'assistance médicale gratuite offre une cure analogue. C'est au vu de la radiographie, qu'immédiatement il faut, dans certains cas urgents, prendre une décision. L'assistante « inscrit » l'enfant, interroge la famille sur les ressources,

les secours possibles et, aussitôt la proposition peut être signée et partir, évitant ainsi les retards de multiples convocations et entrevues. Ce qui n'empêchera pas l'enquête à domicile, un peu plus tard.

Dans les salles de malades, l'A. S. assiste à la visite : là, le médecin discute le diagnostic, situe le cas, envisage le pronostic, établit la thérapeutique en même temps qu'il en donne les raisons. L'assistante n'est pas une machine à placement, mais comprenant le pourquoi de telle indication climatique, elle pourra, en cas d'impossibilité matérielle, envisager une cure de remplacement en rapport avec la situation ; il n'y aura plus qu'à faire approuver par le chef de service, avec une présentation rapide du malade, la nouvelle proposition d'envoi.

Les nécessités médicales une fois satisfaites, il reste à constituer le dossier.

Les parents ou les amis, seront convoqués ; si la mère est à l'hôpital, l'assistante s'y rendra ; c'est alors que seront faites toutes les démarches explicatives, persuasives, et rassurantes, destinées à faire accepter par les parents les décisions médicales. Un placement n'est pas toujours consenti de bon gré par la famille. Le peu de foi dans le traitement chez des parents découragés, la crainte des dépenses, plus souvent la peine plus ou moins égoïste de se séparer d'un enfant choyé sont autant d'obstacles qui devront être vaincus, afin de procurer au petit malade toutes ses chances de guérison par une vie saine, un climat propice et des soins appropriés ; en même temps, c'est bien souvent le seul moyen d'écarter la contamination. Quand la persuasion n'a pas suffi, l'A. S. n'a pas hésité à « acheter » l'autorisation : dans tel cas où le père tuberculeux refusait de laisser placer son neuvième enfant, alors que les huit autres avaient péri, elle alla jusqu'à lui offrir le prix des allées et venues pour voir sa fille à Brévannes, et lui fournit en même temps tous les renseignements horaires dans ce but.

L'enquête, que nous verrons en détail à propos des différentes maladies, se fait à toute heure, de préférence à

celle où l'on trouvera les parents. Elle se fait n'importe où, en ville : hôtel meublé le plus souvent, chambre, petit logement s'il s'agit de gens plus aisés, en banlieue aussi : baraque, logement ouvrier, habitation à bon marché. Il n'est pas une ruelle sombre, un quartier mal famé qui puisse rebuter l'assistante.

Elle recevra habituellement un bon accueil. Elle n'est pas, en effet, une vulgaire enquêteuse, mais vient vers ces parents en souci, leur donne des nouvelles de leur enfant, s'enquiert sur son passé, ne reproche rien, mais cherche à réparer ce qui est fait et à préparer l'avenir.

Parfois elle ne sera pas reçue, témoin ce cas de taudis tel, que ni la logeuse ni la mère n'osèrent y faire pénétrer l'Assistante et que le temps de la visite se passa sur le trottoir, devant la maison.

Le plus à craindre, c'est de ne trouver personne, que les parents soient absents ou qu'ils soient partis, sans laisser d'adresse habituellement (à cause des dettes!) ; ou bien c'est l'adresse donnée qui est fausse. Mais l'Assistante patiente découvre généralement le voisin, ou l'ami qui aidera ses recherches.

Il ressortira de ces entrevues, généralement cordiales, une certaine intimité, une confiance mutuelle, en tout cas une connaissance plus précise du milieu et des difficultés, qui permettra plus de doigté dans l'avenir.

Mais parfois une famille qui a quitté Paris, est disparue, ou ne donne plus de nouvelles, doit être retrouvée cependant, si, par exemple, un cours est fait sur un sujet général comme diabète, spasmophilie, syphilis, etc..., et nécessite des exemples concrets ; c'est alors l'A. S. qui doit « repêcher » les anciens malades traités et perdus de vue : besogne bien ingrate s'il s'agit de familles migratrices.

De même, à plusieurs années de distance, si l'on désire savoir ce que sont devenus tous les enfants ayant présenté dans le service, une cuti-positive avant un an, l'A. S. se met en route. Et visites, correspondance, ramènent au service les survivants. Il faut, bien entendu, aller les chercher loin, même en province, et les frais de radiographie

comme de déplacements seront remboursés à la famille. C'est ainsi que sur 191 nourrissons à cuti-positive, vus à la crèche, 23 % ont pu être retrouvés et le plus souvent réexaminés par le service. Des enquêtes semblables purent être menées, l'une sur les enfants B. C. G. tisés, une autre sur l'alimentation dans les crèches parisiennes.

Le travail de l'Assistante sociale n'a, on le voit, aucune limite précise, comme aussi il n'a aucune obligation horaire et ne comporte pas de contrôle. C'est, en effet, non pas un travail mercenaire, « à l'heure » ou « aux pièces » : c'est une œuvre libre, une œuvre d'amour, et cela ne se paie pas.

CHAPITRE II

Service social et tuberculose infantile.

Généralités.

La tuberculose pose plus encore chez l'enfant que chez l'adulte un problème médico-social.

S'il paraît, à l'heure actuelle, d'une extrême urgence de la dépister, combien il serait odieux de s'arrêter là : et après avoir découvert, par l'examen clinique, radiologique et bacilloscopique des cas de tuberculose, ne rien faire qui permette au moins d'envisager et le traitement et la prophylaxie pour l'avenir.

D'ailleurs, comment ne pas être frappé par la fréquence relative de la tuberculose dans les différents milieux : la clientèle hospitalière, la classe ouvrière payant un tribut beaucoup plus lourd que les classes aisées.

Il s'agit donc bien là de conditions hygiéniques défavorables, tant au point de vue logement et promiscuité de malades, qu'au point de vue alimentaire.

Il n'est, bien entendu, pas question pour le médecin d'entrer dans le détail des mesures à prendre : une indication thérapeutique et climatique, une ordonnance, un conseil, voilà tout ce qu'il peut...

C'est au Service Social qu'il appartient de combler le fossé qui sépare les prescriptions de la réalisation pécuniaire et sociale, point de départ positif de toute reconstruction sanitaire.

L'Enquête sociale.

L'enquête sociale reste donc plus qu'ailleurs, la base de tout travail sérieux.

Au premier chef l'A. S. devra rechercher avec perspicacité et persévérance l'*agent contaminateur*, quelquefois d'autant plus difficile à découvrir qu'il est plus proche. *Père et mère* seront signalés par ses soins au dispensaire voisin, ou à une consultation hospitalière : combien de tuberculeux ignorés ont été amenés ainsi à se soigner ! mais bien souvent, il faudra remonter au grand-père ou à la grand-mère, vieux tousseurs avérés, dont personne ne se méfie. Une sœur aînée, une domestique, des parents hébergés pourront être suspectés, à moins qu'il ne s'agisse, dans des logements surpeuplés, de voisins assidus. Nous avons recueilli l'observation d'une enfant contaminée par une marraine, voisine du foyer ; celle-ci ne put être écartée que par un changement d'habitation (voir observation n° 2).

Complétant l'expertise des commensaux du petit malade, on n'aura garde d'oublier les *frères et sœurs*. Ceux-ci seront l'objet d'un examen systématique, avec cuti-réaction et radiographie, si cette dernière est positive, car on ne se contentera jamais d'un examen radioscopique, ce qui est encore d'usage dans certains dispensaires, pour affirmer qu'un enfant est sain. Bien des frères et sœurs de petits malades traités dans le service avaient été contaminés dans les mêmes conditions : mis en traitement, grâce à cette pratique, ils n'ont jamais fait par la suite d'accidents évolutifs (voir observations 3 et 7).

Si le jeune enfant est élevé en *nourrice*, l'enquête se présente avec un intérêt éminent : il s'agit de sauver les nourrissons à venir avec celui qui est en cause. Aussi l'Assistante qui découvre un foyer contaminateur certain chez une nourrice, devra, si cela est nécessaire, aller jusqu'à la déclaration au bureau d'hygiène.

L'enquête à l'école, au pensionnat et dans les différents mi-

lieux fréquentés habituellement par l'enfant, sera parfois délicate à mettre en œuvre ; mais l'Assistante fera ressortir l'intérêt général et la nécessité de traiter les malades contaminateurs pour eux-mêmes. Elle sera, d'ailleurs, de plus en plus aidée dans cette tâche par le service d'inspection médicale scolaire, auquel il suffira de signaler le fait. Il est à désirer que de nouveaux progrès soient accomplis dans ce sens et que le médecin d'école et son personnel infirmier soient dotés de plus grandes facilités en vue de la prophylaxie antituberculeuse.

Soulignons l'importance doctrinale de ces enquêtes poussées sur le contagement tuberculeux, en particulier chez les nourrissons où il a, pour ainsi dire, une valeur expérimentale, car le contact est constamment trouvé et toujours très près. L'enquête complète avec certitude l'observation clinique, relevant le pourcentage de contaminations familiales ou accidentelles dans les différentes formes de tuberculose infantile.

Mais la découverte de l'agent contaminateur, pour importante et intéressante qu'elle soit, n'est qu'une partie de l'enquête sociale.

L'habitation avec ses possibilités et surtout ses impossibilités sanitaires, fait l'objet d'une attention toute spéciale : le quartier, la situation, l'étage habité. On verra dans deux de nos observations que les petits malades vivaient dans des loges de concierge, dont on sait l'exiguïté habituelle et la déplorable exposition. Le nombre des pièces, en regard du nombre des habitants, les ouvertures, fenêtres, balcon, leur orientation, les commodités telles que l'eau, le chauffage, etc... seront minutieusement étudiés. Et tout cela composera rapidement une quasi certitude que l'enfant peut ou ne peut pas être soigné à domicile, d'une façon provisoire ou définitive.

Devront d'ailleurs intervenir dans cette appréciation, des considérations d'ordre *familial* et *professionnel* : le travail de la mère au dehors, par exemple, est une difficulté de plus pour assurer des repas sains et réguliers, la

surveillance des cures, les sorties régulières. Les *moyens d'existence* devront également figurer sur l'enquête : les rentrées d'argent, salaires, sursalaires, assurances sociales, secours divers. Et l'Assistante devra, avec beaucoup de finesse, juger le train de vie, indépendamment de ce qu'on veut bien lui montrer.

Il n'est pas jusqu'à la *situation matrimoniale* des parents, qui doive préoccuper l'Assistante : a-t-elle affaire à une mère seule, qui, sans ressources peut-être, cherche à se décharger de son enfant par des placements quasi perpétuels ? Ou bien y a-t-il là un foyer constitué, attaché à conserver l'enfant, au prix des plus durs sacrifices ? (Voir observation n° 6.)

Y aurait-il dans la famille des possibilités de placement à la campagne ?

Nantie de tous ces renseignements, l'Assistante sociale se trouve, dans bien des cas, en présence de situations compliquées, pour lesquelles des régularisations de dossier (assurances sociales ou assistance médicale gratuite), seront souvent nécessaires avant toute procédure normale.

Souvent encore elle devra s'attaquer aux murs administratifs et enfoncer des portes impénétrables aux simples particuliers : discuter avec les mairies, municipalités, administrations hospitalières, dont elle aura parfois à dépasser les lenteurs, user de ses relations et influences personnelles, que ce soit pour faire aboutir un placement difficile, redonner du travail à ce père en chômage, qui se met à boire, trouver un logement à bon marché et aider cette famille intéressante à construire sa maison en banlieue, ou, pour le retour d'une famille terrienne à la campagne, où tous les siens retrouveront leur assise physique et morale.

Mécanisme de la prise en charge.

DÉPISTAGE.

Le dépistage à proprement parler n'est pas toujours l'œuvre de l'Assistante.

Ou bien l'enfant est amené à la consultation pour fatigue, inappétence, amaigrissement, ou même avec des signes fonctionnels plus caractérisés. et paraît justiciable d'un examen complet avec cuti-réaction et radiographie, et l'Assistante, présente à la consultation, « inscrit » ce cas comme susceptible d'enquête et de prise en charge.

Ou bien l'enfant est hospitalisé pour un épisode aigu, tuberculeux ou non, et grâce à la pratique systématique de la cutiréaction, puis de la radiographie, étiqueté et signalé comme tel à l'Assistante. Le travail social est, en effet, commencé dès l'entrée dans le Service : l'enquête familiale, grossièrement suffisante, et l'histoire de la maladie sont consignées à ce moment ; ils seront complétés, au besoin, par l'interrogatoire au cours des visites des parents. Les frères et sœurs sont automatiquement convoqués pour cuti-réaction et radiographie. La prise en charge proprement dite du petit malade hospitalisé date du moment où il entre en convalescence. En effet, dès que l'exeat d'un petit bacillaire est signé, qu'un placement soit nécessaire ou non, le dossier est remis à la consultation spéciale de Mlle Dreyfus-Sée, qui, prenant en considération les données sociales, décide de la conduite à tenir.

PLACEMENT.

Divers placements seront envisagés, suivant la gravité de l'état.

Un convalescent de pleurésie sera envoyé en préventorium surveillé, de plaine (exemple : Forges, La Roche, Epinay), ou de moyenne altitude (Chamalières, Chavaniac).

Une péritonite tuberculeuse guérira très bien par une cure marine, à Cannes, par exemple.

Aux petits tuberculeux, dont la primo-infection est encore récente, un préventorium surveillé sera nécessaire. Malheureusement, devant le petit nombre d'établissements où l'on fait faire aux enfants une cure très stricte, on

devra parfois choisir transitoirement la cure sanatoriale.

Citons cependant comme excellents préventoria de plaine : le Prélôt, Yerres, La Queue des Yvelines, Saint-Georges-Motel et Forges ; d'altitude : Chamalières, Mègeve, Palente.

Pour les cuti-positives, avec une certaine déficience de l'état général, une cure hélio-marine à Hendaye, San-Salvador, Odeillo, Arès fera merveille.

Aux formes graves, avec infiltration ou excavation, propres à la puberté, conviendra une cure sanatoriale de plaine (Brévannes, Salpêtrière, Ormesson, Villiers-sur-Marne, ou de montagne, Roc-des-Fiz, Briançon).

Nous avons vu que le départ du petit malade est entre les mains de l'Assistante sociale, qui doit non seulement réunir toutes les pièces nécessaires au dossier et s'assurer du paiement, mais, parfois même, aller plus vite que les démarches et mettre en œuvre la cure pendant que celles-ci se poursuivront.

SURVEILLANCE.

Désormais la surveillance du petit malade doit être constante. Si un placement de cure ou de convalescence a été fait, l'Assistante, restée en rapport avec les parents, aura des nouvelles de l'enfant, et, par un conseil, une explication à propos, soutiendra la famille, tour à tour inquiète et méfiante, prête toujours à reprendre l'enfant, sous le plus vain prétexte.

Prévenue du retour de l'enfant, notre Assistante s'enquiert des résultats de la cure et amène l'enfant à la consultation, où un examen comparatif est pratiqué : poids, taille, état général, examen sthéthacoustique et radiographie, s'il en est besoin. Suivant le cas, et en conséquence des résultats déjà obtenus, l'enfant sera : 1° soit remis à ses parents, si leur situation le permet, pour mener une vie presque normale, avec reprise progressive et partielle des classes, et cure de repos simple à la maison (bien entendu, au moment de ces réadaptations, l'enfant sera plus que jamais

à suivre de près et ce n'est qu'après une « quinzaine d'essai », où l'on aura pris régulièrement la température, et après un nouvel examen, que la décision sera rendue définitive) ; 2° soit envoyé en cure de consolidation, conçue souvent d'une façon plus large et laissant une certaine place à l'exercice physique, voire aux sports ; 3° dans d'autres cas moins favorables : forme grave d'emblée ou forme rebelle à la cure, un nouveau placement doit être envisagé, dans un établissement de cure ou en sanatorium d'altitude.

L'enfant ne sera considéré *guéri* qu'en présence de lésions stabilisées : absence de fièvre, courbe pondérale satisfaisante, disparition des signes physiques, calcification ou régression radiologique complète, et même en ces cas, il sera, pendant quelques années encore, revu pour confirmation de la guérison ; à la puberté en particulier, les parents seront alertés par une convocation et l'enfant suivi de plus près.

Voilà que l'enfant grandit ! Que la famille le demande ou non, des conseils médicaux devront présider au choix d'une profession pour cet enfant si fragile jusqu'à présent, et parfois retardé dans ses progrès scolaires par de longues absences.

Par le Service Social il sera dirigé vers les *services d'orientation professionnelle*, dont les indications et les conseils compléteront les directives médicales.

Si on lui déconseille les durs apprentissages, le travail en usine dans des conditions non hygiéniques ou le travail de nuit, quelques professions permettant plus facilement que d'autres une vie calme et aérée, lui sont ouvertes : l'horticulture, les métiers de précision (horlogerie, etc...). L'Assistante se chargera également d'indiquer les principales écoles d'apprentissage, préparant à ces professions.

Observations.

Voyons maintenant quelques observations d'enfants bacillaires, suivis pendant plusieurs années dans le Service. Sur 30 cas dont nous avons eu l'occasion de relever les dossiers : 4 ont pu être mis en cure dans leur famille, après vérification du domicile et éloignement de l'agent contaminateur ; d'où économie pour l'Assistance Publique et avantage moral inappréciable de la cure familiale. Pour 8 d'entre eux, un séjour de six mois en préventorium a suffi ; ils ont ensuite poursuivi un repos partiel chez eux, ou repris leur activité progressivement. Enfin, 17 étaient dans des conditions sociales ne permettant malheureusement à peu près pas de compter sur la famille pour assurer le traitement. Une seule fut placée en sanatorium payant, pendant 4 ans, aux frais de sa famille.

Ces placements ont toujours été la suite d'un long travail d'adaptation et de mise au point, parfois le résultat d'efforts précipités et d'aventures hardies ; dans tous les cas, les solutions ont été recherchées en liaison avec les organismes d'hygiène sociale et d'assistance médicale.

Placés, ou faisant la cure à domicile, les petits malades ont été suivis régulièrement et conduits jusqu'à l'adolescence ; pour un certain nombre, des rééducations et des orientations professionnelles ont été mises en œuvre.

Disons tout de suite (nous ne le répéterons pas pour chaque cas), que cela n'a été possible que grâce à l'activité du Service social qui connaît les familles et les « relance » régulièrement pour avoir des nouvelles et revoir les enfants, en particulier, aux périodes dangereuses comme la puberté.

OBSERVATION N° 1

P... Ferdinand, 11 ans 1/2. *Court placement et école de plein air.*

Cet enfant a 11 ans 1/2. Sa mère est concierge d'une externe du service, qui a fait le dépistage. C'est à l'occasion d'un épi-

sode grippal survenu en janvier 1933 qu'est pratiquée la cuti-réaction qui s'avère nécrotique. La radiographie montre *une ombre arrondie* du hile droit, avec légère infiltration de la base droite et flou paraissant évolutif. L'état général est très déficient ; c'est un enfant grand et maigre, de teint pâle, asthénique.

Un envoi est fait à Chavaniac, de mars à septembre 1933, avec participation des Assurances sociales. Au retour, il est mis à l'école de plein air. L'état général s'améliore : il grossit.

En octobre 1933, on note sur la radiographie une régression de l'ombre hilare, avec sclérose et, à la base droite, une ombre arrondie de la taille d'une pièce de 0,50, en voie de calcification.

En décembre 1933, l'amélioration continue. L'image radiologique de mars 1934 est analogue à la précédente, mais les ombres sont plus nettes. L'enfant continue l'école de plein air, puis va en colonie de vacances à Domfront, et dans sa famille.

En décembre 1934, moins de deux ans après le début des troubles, la radiographie montre une sclérose juxta-hilaire, en somme une image de tuberculose cicatrisée. L'enfant est considéré guéri.

Conclusion : L'action du S. S. a donc permis ici, après une cure de 6 mois en préventorium de faible altitude, l'accès aux écoles de plein air, ce qui est appréciable, à l'âge de 12 ans. L'enfant a été revu régulièrement et envoyé à la campagne aux vacances.

OBSERVATION N° 2

B... Jacqueline, 4 ans. *Dépistage d'une voisine tuberculeuse.*

Jacqueline a présenté dans le Service, en janvier 1933, une rougeole compliquée, à la suite de laquelle on nota des poussées fébriles. La cuti-réaction s'étant montrée très fortement positive, la radiographie fut pratiquée, découvrant un important *complexe ganglio-pulmonaire* de la base droite, ainsi qu'un voile de la partie moyenne du poumon. Il s'agit évidemment d'une primo-infection.

Enquête : Pourtant aucune contamination n'est découverte d'emblée : le père et la mère, coquettement installés en banlieue, sont d'un milieu d'employés assez aisés. Ils sont indemnes de tuberculose. Il n'y a pas d'autre enfant, mais, tout près de la maison habite la marraine de Jacqueline. Celle-ci, tuberculeuse, vient de perdre de méningite son propre enfant, et reporte son affection sur sa petite filleule.

Jacqueline est remise momentanément à sa famille, non sans recommandations au sujet de la voisine.

Ramenée régulièrement dans le Service, elle est radiographiée en février : l'ombre, plus opaque est moins perméable. En mars, un envoi est fait à Saint-Georges-Motel, avec participation des Assurances sociales, mais le séjour est ensuite prolongé complètement à la charge des parents. Jacqueline s'y fortifie et reprend du poids. L'image radiologique s'éclaircit.

Pendant ce temps, pressés de tenir à l'écart la marraine contagieuse, M. et M^{me} B... se décident à changer de domicile et reçoivent dans leur nouveau logement, le 15 mars 1934, leur fille de retour de Saint-Georges-Motel.

Un nouvel examen de mai 1934, constate avec un excellent état général, une régression radiologique importante, avec début de calcification. Des examens sont faits régulièrement : en juin 1935, devant un léger fléchissement de l'état général, un placement est fait à Forges. L'image radiologique reste normale.

Conclusion : Dans ce cas, soulignons le très intéressant dépistage de la voisine avec sa contre-partie : le changement de domicile des parents, et la guérison de l'enfant après un séjour de cure à Saint-Georges-Motel, ayant duré un an.

OBSERVATION N° 3

A... Paul, 10 ans 1/2. *Dépistage d'un frère.*

Bien que cet enfant fût fatigué et amaigri en juin 1931, il fallut pourtant que le cas de sa sœur bacillaire, hospitalisée pour spléno-pneumonie dans le Service, attirât l'attention sur lui.

La cuti-réaction fut trouvée positive, et la radiographie montra d'importantes lésions : à gauche, un triangle d'opacité parahilaire, avec ombre floue en bande, sous la clavicule, la base droite est également floue.

L'enquête montre qu'il s'agit d'un milieu aisé ; père et mère sont sains. Il semble que la contamination vienne d'une grand-mère tousseuse, bien qu'on n'ait pas pu mettre en évidence le bacille de Koch dans ses crachats.

Paul fait un séjour à Hendaye, d'octobre 1931 à avril 1932. Revu à cette date, il a pris 5 kgr. A l'examen radiologique, l'ombre triangulaire est plus dense et plus limitée. On note des calcifications à ce niveau, quelques-unes également à droite. L'enfant est autorisé à rester à Paris, le logement ayant été vérifié par l'Assistante sociale. En juillet, il va bien, la régression radiologique se poursuit. Les ombres sont moins denses et les calcifications plus nettes. En novembre, après un séjour de deux mois à Boulouris, Paul peut reprendre la vie

normale, avec révisions annuelles. En janvier 1934, un examen de contrôle est fait : il travaille sans qu'aucun fléchissement soit à signaler.

Le compte rendu radiographique porte : calcifications hilaires, sclérose, image de guérison.

Conclusion : Enfant de 10 ans 1/2 pour lequel l'examen systématique a permis de découvrir une lésion parenchymateuse sérieuse. Un envoi ayant pu être fait à Hendaye (préventorium de l'Assistance Publique), elle a régressé de telle façon qu'après 18 mois, la vie normale a pu être reprise sans dommage.

OBSERVATION N° 4

K... Geneviève, 4 ans. *Dépistage par le dispensaire.*

Geneviève est hospitalisée dans le Service en février 1929 pour cuti-réaction positive et scissurite tuberculeuse, sans fièvre.

En réalité, la famille a déjà été prise en charge par le Service Social, à l'occasion du décès dans le Service d'un petit frère mort de broncho-pneumonie bacillaire, à 3 ans 1/2 ; elle a été confiée au dispensaire du III^e Arrondissement.

L'enquête pratiquée alors, nous a appris que le père est actuellement bien portant, quoi qu'il ait eu à l'âge de 16 ans une bronchite trainante et n'ait servi que dans l'auxiliaire. Il porte, de plus, des traces d'abcès froids au cou et à la jambe droite. La mère jouit d'une bonne santé, mais une tante, envoyée à San-Salvador par le dispensaire, semble responsable de la contamination.

Il s'agit d'un bon milieu d'employés, M^{me} K... ne travaille pas, et seul le gain du mari, soit 800 fr. par mois, les fait vivre. La famille, ses enfants, au nombre de trois maintenant, et une tante habitent un logement assez important : (3 pièces), convenablement meublé et bien entretenu. Les pièces, de dimensions normales, ont des fenêtres proportionnées, mais ces dernières donnent sur des cours intérieures. On décide donc d'envoyer Geneviève à Epinay. Mais M^{me} K... la reprend peu après et va s'installer à la campagne (en Seine-et-Oise) avec ses enfants.

Revue en avril, la petite est très améliorée. Elle part en Bretagne, dans la famille. Un examen est fait en 1933. Geneviève a 8 ans. Elle vit en Seine-et-Oise, d'une vie normale. Son état général est excellent. Sur la radiographie l'image hilaire est peu accentuée, il y a un processus de calcification et pas d'image évolutive. La guérison est obtenue.

Conclusion : Ici le Service Social a agi en deux temps : 1° sur

l'agent contaminateur, par signalement au dispensaire de l'arrondissement ; 2° par prise en charge de la deuxième enfant, et transport de la famille en Seine-et-Oise.

OBSERVATION N° 5

M... Claude, 3 ans 1/2. *Un contagé difficilement retrouvé.*

Il est amené pour toux, anorexie et amaigrissement, en novembre 1934. Son poids est de 14 kgr. 900. Il a d'ailleurs présenté récemment une poussée fébrile de trois semaines. La cuti est positive. La radiographie montre une image ganglionnaire importante à gauche, avec une bande d'opacité au bord droit du cœur, surtout étendue à la base.

L'enquête nous apprend que les parents, mariés, habitent à Paris, dans une loge composée de deux pièces et donnant sur une cour sombre. Le père, menuisier, a de la « bronchite » et crache fréquemment. La mère de ce dernier est asthmatique et l'une de ses sœurs est morte, il y a 18 mois, de tuberculose.

M^{me} M..., enceinte de 5 mois, doit se reposer. Elle a eu de la pleurite, il y a 3 ans, mais à cette date une radiographie a été pratiquée qui a, dit-elle, été négative.

Un deuxième enfant, Jean, a 13 mois : il est très beau ; l'examen est négatif.

On conclut à une contamination par la tante décédée. D'ailleurs, un examen des crachats du père reste négatif. Il est décidé que Claude partira chez sa grand-mère à Chennevières. La radiographie montre une amélioration. En mars 1935, au retour de Chennevières, Claude est revu en bon état : il pèse 15 kgr. 600, la régression radiologique continue.

Mais le petit Jean, amené dans le Service, y présente une tuberculose à forme micro-nodulaire et meurt rapidement de méningite.

On doit donc reprendre la question de la contamination, et comme M^{me} M... entre à la maternité, par « liaison » avec le Service de triage de Saint-Antoine, on réussit à faire examiner son mari. Celui-ci est reconnu tuberculeux et proposé pour un départ en sanatorium.

La dernière née, Janine, est immédiatement placée à la pouponnière de Suresne.

Claude, revu régulièrement, prend du poids. La régression radiologique est presque complète.

En juillet des démarches sont entreprises pour l'envoyer à Arès, mais les parents ne pouvant rien verser, on doit recourir, avec le dispensaire de l'arrondissement, aux fonds du timbre

anti-tuberculeux, et aux Assurances sociales, et en septembre l'enfant part enfin.

En octobre, l'Assistante sociale va voir M^{me} M..., qui est au lit avec une pleurésie. Son mari est sorti du sanatorium pour la soigner. Elle les décide à quitter leur loge, et le 28 janvier ils s'installent à Chennevières jusqu'à leur départ à Hauteville, qui a lieu en mai 1936.

Pendant ce temps, le Service Social travaille pour maintenir Claude à Arès. Celui-ci est pris au compte de l'Assistance Publique. Il va toujours bien. En janvier, il pèse 18 kg. 500.

L'Assistante sociale reçoit en juillet 1936 une lettre des parents donnant de bonnes nouvelles des deux enfants : ces derniers sont superbes, ainsi qu'en témoignent les photographies envoyées en signe de gratitude.

Conclusion : en somme, dans cette famille atteinte d'abord par un enfant, qui fut placé et suivi, le père n'a pu être mis en traitement, et la mère ensuite, qu'après la mort du deuxième enfant, dont la maladie mit en évidence une contagion éliminée six mois plutôt.

Dans cette atteinte successive et dramatique de tous ses membres, cette famille fut sans cesse soutenue et aidée par le Service Social.

A noter, de plus, qu'un enfant sain a pu être écarté du foyer contaminateur.

OBSERVATION N° 6

S... Marguerite, 14 ans 1/2. *Cure sanatoriale.*

Marguerite est une grande fille de 14 ans 1/2, réglée depuis 2 mois. Elle a présenté en avril 1931 une hémoptysie. Depuis, elle tousse et maigrit. La température atteint 39°, puis se maintient autour de 38°.

L'examen clinique révèle des râles sous-crépitaux dans toute l'étendue du poumon droit, quelques râles aussi de l'autre côté.

On note accessoirement, un souffle systolique de la pointe, laissé par une endocardite rhumatismale, survenue deux ans auparavant.

A la radiographie, on constate une *infiltration* diffuse du poumon droit et plus discrète du sommet gauche. L'expectoration est bacillifère.

Enquête : La grand-mère de l'enfant est morte tuberculeuse, mais n'aurait pas été en contact avec elle. Le père asthmatique, crache tous les matins ; il est traité en ville.

Un autre enfant est bien portant.

La famille habite un petit logement de trois pièces, installé

avec une certaine élégance. Il s'agit, en effet, d'ouvriers aisés : le père travaille dans l'ébénisterie, il a pu mettre un peu d'argent de côté. Vus par l'Assistante sociale, ils comprennent immédiatement la gravité de la situation. Ils supplient qu'on fasse tout pour sauver l'enfant. Ils acceptent de supporter les frais du séjour dans un sanatorium. Le départ à Leysin est décidé : les parents paieront les 1.500 fr. par mois !...

Marguerite quitte donc le Service en juillet 1931. La température oscille toujours, dépassant 38° le soir. L'état général est très atteint. Le poids est de 43 kgr. et les règles supprimées. Il y a toujours des bacilles dans les crachats.

Il s'agit de tuberculose bilatérale à forme broncho-pneumonique. Le pronostic est très sévère.

Elle devait rester là-bas jusqu'en mai 1935, donc près de quatre ans, pendant lesquels les parents ne cessèrent de faire les frais de son séjour. Toutes les économies y passèrent. La mère dut se mettre à travailler ; mais l'enfant fut sauvée.

Pendant ce temps, on était tenu au courant dans le Service par l'Assistante sociale qui recevait des nouvelles.

Après un essai infructueux de traitement aurique, un pneumothorax droit est institué le 1^{er} juillet 1932, et le 25 janvier, un double. C'est seulement à partir de cette date que les bacilles disparaissent de l'expectoration. On peut retrouver l'évolution sur les radiographies. D'abord l'infiltration droite, maxima au sommet, semble s'excaver, tandis que la base se dégage. Le pneumothorax droit obtient une bonne compression, malgré quelques brides au sommet. A gauche, on note également une bride au sommet, mais elle ne paraît pas gêner la compression, qui est satisfaisante.

En octobre 1935, Marguerite vient nous revoir : c'est une belle fille de 20 ans. L'état général est excellent, la radiographie montre un pneumothorax électif du sommet droit, qui paraît sclérosé, et à gauche, une bonne compression du sommet, le lobe moyen est retenu par une bride. Rien à signaler à l'examen du cœur.

Conclusion : En résumé, forme de tuberculose broncho-pneumonique de l'adolescence, avec envoi désespéré en sanatorium à Leysin, suivi de guérison clinique confirmée.

OBSERVATION N° 7

D... André et Gisèle. *Placement.*

André D..., 27 mois, est dépitiste à la Consultation en février 1931 : cuti-positive, avec important foyer de *juxta-scissurite* à droite et hile chargé à gauche. Il est immédiatement hospita-

lisé et comme il présente toujours un état subfébrile, avec toux, il est envoyé à la Salpêtrière en mars 1931.

Enquête : Le père a été soigné en janvier et février, à la Pitié, où il est mort rapidement de tuberculose. L'enfant a donc été en contact jusqu'à l'âge de deux ans. La mère hystérectomisée, ne peut travailler : elle a eu deux fausses couches et cinq grossesses ; deux enfants sont morts de diphtérie et de convulsions. Parmi ceux qui restent, un frère de 13 ans, examiné à la consultation, est trouvé normal. Gisèle, 8 ans, est prise en observation. La cuti est positive. La radiographie présente une image de hilite et périhilite. Il y a un peu de température. Elle est envoyée, le 1^{er} mars, en convalescence à Brévannes.

A la Salpêtrière, André arrive en mars, au poids de 12 kgr. De mars à juillet, la température se stabilise autour de 38°. Le poids reprend et, en novembre, atteint 14 kgr. On signale, en décembre, un épisode rhino-pharyngé, à la suite duquel la température reste instable, et le poids retombe à 13 kgr. Le 28 avril 1932, la radiographie indique une densification de l'ombre scissuraire ; on note quelques calcifications. Un mois plus tard la scissure apparaît très nettement, il y a des calcifications hilaires bilatérales. L'enfant sort le 30 juin 1932, au poids de 14 kgr. 300, et part à Brévannes jusqu'en décembre 1933.

Le 2 mai 1934, André est revu, il tousse et la température atteint 37°5, 38°.

Cependant la radiographie ne montre que des calcifications hilaires avec pinceau bronchique accentué. La toux est d'origine pharyngée. On envoie pourtant l'enfant 7 mois à Hendaye.

Il est ramené à la consultation en mars 1936, pour un nouveau placement : l'état général est médiocre, le ventre gros, le foie légèrement augmenté de volume. On fait une inscription pour Forges.

Nous avons laissé Gisèle à Brévannes, où elle resta du 1^{er} mars au 27 avril. Elle revient à Troussseau à cette date pour une rougeole, mais est renvoyée ensuite en convalescence à Brévannes.

En juillet 1931, son état est satisfaisant : il est décidé qu'elle passera l'été à Montreuil avec sa mère, et reviendra en octobre pour une proposition à Hendaye, mais le départ se trouve empêché par une éruption toxi-alimentaire.

Une nouvelle radiographie faite en novembre note : réaction hilaire non évolutive.

Le départ a lieu en novembre.

Une visite est faite en mars 1935 à M^{me} D... Celle-ci habite maintenant à Joinville. Gisèle est encore à Hendaye, André va

en classe ; sa mère désirerait un placement pour ce dernier. Peu de temps après M^{me} D... affolée, nous apprend que son fils aîné est hospitalisé à la Pitié, pour méningite. Renseignements pris auprès de l'Assistante sociale du Service Rathery, il s'agit d'une réaction méningée d'origine grippale. On rassure la mère : il pourra bientôt reprendre son travail.

Conclusion : En résumé, cette famille, contaminée par un père bacillaire, n'a pu être sauvée que par de longs placements, réclamés d'ailleurs par la famille, le milieu et la misère n'ayant pas permis la cure à domicile.

OBSERVATION N° 8

C... Luce, 8 ans, *cure préventoriale*.

Luce entre dans le Service en novembre 1930, avec tous les signes d'une grave toxi-infection : courbature, fatigue, amaigrissement. Elle présente, de plus, de la toux, avec point de côté et oppression. La fièvre est élevée, on trouve des signes de *corticopleurite bilatérale*, de plus, quelques éléments typiques, aux jambes, sont encore témoins d'un *érythème noueux* datant de huit jours. La cuti-réaction est positive. La radiographie montre une ombre arrondie du hile gauche.

L'enquête familiale nous apprend que les grands-parents sont établis dans la teinturerie et que le père est employé dans la maison. Ce dernier tousse l'hiver, crache le matin, mais refuse de se faire examiner ; deux de ses frères et sœurs sont morts tuberculeux.

La radiographie de la mère ne montre que des lésions calcifiées.

Après un mois d'hospitalisation, un séjour à Hendaye est envisagé, mais de grandes difficultés se présentent pour obtenir des secours, à cause de la situation des grands-parents. Pourtant le départ a lieu et l'enfant reste à Hendaye, de mars à août 1931. A son retour, la radiographie montre une calcification hilare ; le flou persiste. Un nouveau séjour de cure est fait à Beaulieu pendant le premier semestre de 1932 ; puis, de septembre à avril l'enfant part de nouveau à Hendaye.

En novembre 1933, l'état général est satisfaisant, la radiographie sensiblement la même. Aucun signe évolutif n'est noté.

Luce continue néanmoins à être suivie régulièrement. En mai 1936, on constate qu'elle va toujours très bien.

Conclusion : Il s'agit, en somme, d'une primo-infection pour laquelle la guérison a été obtenue en trois ans, après divers séjours en préventorium. La reprise de la vie à Paris, avec surveillance régulière a pu être réalisée grâce à un contact permanent avec le Service Social.

OBSERVATION N° 9

E... Odette, 6 ans 1/2. *Quelques placements.*

Odette est convoquée pour examen, à l'occasion du décès dans le Service d'une sœur de 15 ans, morte de granulie. En avril 1930, sa cuti est positive et la radiographie montre une réaction hilaire floue à gauche, avec hile un peu chargé à droite, et accentuation du tractus bronchique à la base.

Enquête : M. F..., manœuvre dans une usine à Nogent-sur-Marne a été hospitalisé ces jours derniers à la Pitié, où il est traité pour tuberculose pulmonaire. La mère, bien portante, garde avec elle un enfant de 20 mois, atteint de myopathie. Ils occupent en banlieue un logement rudimentaire mais non malsain.

A sa sortie de l'hôpital, Odette est recueillie par un oncle, en attendant qu'aboutisse la proposition faite pour Hendaye.

Comme elle vient d'être rendue à sa famille, le père bacillaire rentrant au foyer, l'Assistante doit presser M^{me} F... de la confier à nouveau à son oncle. On signale la famille au dispensaire de Champigny et Odette part à Hendaye, où elle reste de mai à septembre.

Des démarches sont entreprises pour placer le petit infirme, que la mère ne peut plus garder dans les circonstances actuelles, chez les frères de Saint-Jean de Dieu. Elles aboutissent, avec l'aide de l'usine, en octobre 1930. Mais le petit devait mourir un peu plus tard, au cours d'une épidémie de grippe.

Le décès du père, en novembre 1930, change encore la situation : M^{me} F..., qui a été embauchée à l'usine où travaillait son mari, n'a plus que sa petite fille Odette, qui est suivie à Trousseau. Des placements vont donc être nécessaires, car elle ne peut s'occuper beaucoup d'elle.

La petite, ayant maigri pendant l'hiver 1930-1931, un nouveau séjour à Hendaye a lieu d'avril à septembre.

En octobre 1931, sur la radiographie, des calcifications apparaissent dans la masse para-hilaire. Un séjour à Brévannes est fait d'octobre à février 1932. Depuis cette date, Odette est soignée à Nogent-sur-Marne chez sa mère.

En mars 1933, l'état général est bon, l'ombre régresse sur la radiographie, la calcification juxta-hilaire est plus marquée.

En octobre, le processus de calcification est très accentué. Une proposition faite pour Chavaniac est refusée par les Assurances sociales.

De mars 1934 à novembre 1935, Odette est revue régulièrement : il n'y a aucune évolution pulmonaire, mais le développement reste déficitaire. Une proposition à Hendaye est faite.

On revoit en 1936 M^{me} F... qui, remariée, amène les enfants de son second mari (la mère était tuberculeuse). Elle donne de bonnes nouvelles d'Odette.

Conclusion : En résumé, la petite F..., contaminée par son père, mort par la suite de tuberculose, a présenté une réaction hilare non évolutive. Ce fut une découverte d'examen systématique à la mort d'une sœur. La situation sociale (mère seule travaillant en usine) fut la principale raison des placements répétés.

OBSERVATION N° 10

S... Thérèse, 4 ans 1/2. *Liaison avec le Service Social du P. L. M.*

Cette enfant est envoyée, par la surintendante du P. L. M., qui la recommande à M^{lle} Pérrotte. Elle tousse, a maigri. La température est à 38°-39°. Elle est hospitalisée le 20 septembre 1930, et présente alors, à l'auscultation, un souffle dans l'espace *interscapulovertébral*. La cuti est fortement positive. La fièvre tombe en 24 heures. La radiographie nous montre une ombre arrondie nette, de la taille d'une noisette, au hile gauche. Il existe une réaction hilare droite, avec arborisations marquées vers la base.

Enquête : Le père, employé au P. L. M., est gazé de guerre. Il est surveillé, au service médical du P. L. M. : l'examen radiologique et celui des crachats, répétés deux fois, ont été négatifs. La mère est bien portante. Elle a perdu un enfant en 1922 de méningite. Il lui en reste 5 autres : parmi ceux-ci, Lucie, 10 ans, présente une cuti positive, avec légère réaction hilare, non évolutive.

M^{me} S..., excellente mère de famille, insiste pour que ses deux enfants soient placées ensemble. Un envoi est donc fait, avec le Service Social du P. L. M., suivant les indications données dans le Service à Hyères.

De décembre à février 1931, Thérèse n'engraisse pas ; l'état général reste médiocre. Il faut l'envoyer à Chavanic, avec le concours de la Caisse de secours du P. L. M., de décembre 1931 à septembre 1932.

En décembre 1932, elle est examinée dans le Service. Le nodule hilare est calcifié : il y a un léger flou irradiant à gauche. A droite, les ombres péri-vasculo-bronchiques sont marquées. On note quelques nodules calcifiés.

Thérèse reprend enfin du poids (3 kgr. 800) à Hendaye, où elle reste jusqu'en janvier 1934. A cette date, on retrouve sur la radiographie une calcification de la base gauche (chancre d'inoculation), les ombres hilaires sont nettoyées, on aperçoit

les calcifications derrière l'ombre du cœur. C'est une image de guérison.

Un examen de contrôle a lieu en septembre 1934.

Conclusion : Grâce à la jonction du Service Social du P. L. M. et du Service Social à l'hôpital, diverses cures préventoriales, parfaitement adaptées ont pu être procurées et assurer la guérison dans une forme sérieuse.

OBSERVATION N° 11

C... Maurice, 10 ans. *Placement difficile et rééducation.*

Maurice est hospitalisé à Trousseau, en février 1928, pour hémoptysie. La température est élevée et irrégulière.

La cuti-réaction est fortement positive. L'image radiologique est celle d'une *juxta-scissurite*. Les arborisations sont accentuées aux hiles droit et gauche.

Enquête : Le père, ouvrier, est gazé de guerre. Il habite à Montreuil.

La mère est bien portante. On signale la famille au dispensaire de Montreuil.

L'enfant est envoyé en convalescence à La Roche.

Revu en juillet 1928, sans amélioration, il est proposé par l'O. P. H. S. (1), pour un départ. A Villers-sur-Marne, où il est envoyé, se déclare une tumeur blanche du genou, pour laquelle il est plâtré en mai 1929 dans le Service de chirurgie de Trousseau. L'état général est bon et la radiographie pulmonaire satisfaisante, mais l'enfant ne peut cependant pas être envoyé à Berck. Une démarche est faite auprès de l'œuvre des Petits Lits Blancs, mais Maurice est refusé à l'examen médical. Il est placé en attente au Service des plâtrés, à Bicêtre.

On réussit, par le dispensaire de Montreuil, à l'envoyer à Odeillo, à la charge de l'Assistance médicale gratuite. Il y reste de 1930 à 1934.

Le père meurt tuberculeux en 1930.

A son retour, Maurice est dirigé par le Service Social sur l'Ecole de rééducation de Saint-Maurice, pour orientation professionnelle.

Il est revu en novembre 1935, à la Consultation de retour de cure, en parfait état.

Conclusion : En résumé, cet enfant, atteint d'une *juxta-scissurite*, à laquelle s'ajouta une localisation osseuse nécessitant l'immobilisation du genou, dut être placé pendant six ans et fut, par les efforts persévérants du Service Social, mené à la guérison et jusqu'à l'apprentissage.

1. L'Office Public d'Hygiène Sociale.

TABLEAU N° 1. — **Service Social et tuberculose infantile.**

Années	Enfants inscrits	Dépistages	Placement			
			— de 4 ans non placés	Adultes	Préventorium	Sanatorium
1923	185	24		6		
1924	312	31		5	9	5
1925	290	62		1	11	3
1926	414	73		1	5	2
1927	389			5	28	4
1928	474	56	8	4	63	2
1929	514	47	4	5	50	2
1930	538	53	6	10	59	5
1931	479	66		4	105	5
1932	729	56		6	196	8
1933	721	56	4	10	199	13
1934	928	28	3	18	361	64

Traitement des nourrissons tuberculeux.

Personne ne s'étonnera de nous voir envisager à part le traitement de la tuberculose du nourrisson, étant donné le pronostic très particulier qui s'y attache et les modes de traitement qui doivent s'y adapter.

Le pronostic qu'on a longtemps fait fatal à la tuberculose du nourrisson, reste, malgré les efforts récents, très sévère :

Ajoutons à cela la pénurie d'établissements de cure pour nourrissons, découlant en partie de cette notion classique de leur incurabilité, en partie du prix très élevé et de la difficulté certaine à réaliser un centre d'élevage qui soit en même temps un centre de cure.

Quoi qu'il en soit, il y a quelque chose à faire pour ces bébés, que l'on aura de temps en temps la chance de « rescaper » d'une façon quasi définitive, puisque dans plusieurs de nos observations, on a plus de six ans de recul pour juger des résultats.

Voyons donc, étant posées ces conditions, quelles

méthodes employer et dans quel sens tourner nos efforts pour traiter les enfants tuberculisés au premier âge.

1° Les enfants qui présentent des lésions évolutives à tendances extensives, ceux-là que guette, un jour ou l'autre, on le sait, la méningite, sont généralement soignés à l'hôpital. Soit qu'on les garde à Trousseau, soit qu'on les passe à la Salpêtrière, ils y succombent d'autant plus rapidement qu'ils sont plus jeunes.

Disons tout de suite, puisque nous avons nommé la Salpêtrière, qu'elle représente avec sa crèche de tuberculeux et ses possibilités d'isolement et de cure, un centre de traitement du plus haut intérêt. On le verra, plusieurs de nos petits malades y ont été pris avec grand avantage, au cours de poussées fébriles ou évolutives.

2° Pour des cas plus bénins, l'Assistance Publique dispose encore d'une crèche à *Brévanne-tuberculeux* ; celle-ci vient récemment d'augmenter le nombre de ses places. Une cure pourra y être conduite et surveillée avec l'avantage de la situation extra-urbaine de cet hôpital.

D'autres établissements reçoivent encore nos petits tuberculeux : *Forges-nourrissons* reçoit les enfants à cuti positive, mais, à cause de la proximité avec des enfants à cuti négative, on y mettra de préférence des malades non évolutifs.

La pouponnière de *Suresnes* vient aussi, récemment, d'ouvrir une crèche de tuberculeux qui nous a déjà rendu de grands services.

Mais ces ressources préventoriales sont notoirement insuffisantes et le petit nombre de places disponibles est cause de la longueur des délais d'attente.

3° On essaiera donc, dans tous les cas où le placement n'est pas rendu obligatoire, de faire faire une cure dans la famille, à la campagne si possible ; sinon un placement en nourrice sera parfois la meilleure solution.

Au point de vue alimentaire, il n'y aura donc pas de changement à envisager : la mère saine pourra continuer à allaiter son enfant.

Celui-ci sera amené à la consultation, où la pesée,

l'examen clinique et radiographique seront faits périodiquement. Si les résultats ne sont pas satisfaisants, il sera toujours possible de modifier le régime ou d'envisager un autre genre de cure ; mais, en général, on patientera au delà d'un an, le placement devenant alors plus facile et plus sûr.

C'est ainsi que la fondation *Consuelo-Balsan*, sise à *Saint-Georges-Motel*, près de Dreux, représente un établissement de cure pour tout petits, muni de tous les comforts et de toutes les garanties. Il reçoit des enfants à cuti positive, qui sont soumis à un régime de cure approprié, et séparés des enfants non bacillisés.

San-Salvador, centre de cure helio-marine, appartenant à l'Assistance publique, prendra aussi nos petits bacillaires de 18 mois à 2 ans.

Résumons par quelques chiffres l'activité sociale du service en matière de tuberculose des nourrissons.

Des nourrissons à cuti-positive au nombre de 191 ont été inscrits en 12 ans et recherchés ensuite ; 21 % n'ont pu être retrouvés ; 23 % seulement vivent encore.

Parmi les 18 nourrissons vivants, dont nous avons pu étudier de plus près les observations, nous trouvons le pourcentage suivant : 8 sur 18 ont pu faire une cure en famille, à Paris, en banlieue ou à la campagne : ces décisions étant prises par les parents avec l'Assistante sociale, en considération des moyens de traitement du milieu ; 4 ont été envoyés en cure préventoriale ou sanatoriale, d'une façon intermittente, étant, le reste du temps, suivis à domicile ; 6 enfin ont dû être mis en centre de traitement durant toute leur cure et n'ont été rendus à leur famille que lorsqu'ils ont été guéris ou que les conditions familiales ont été changées.

OBSERVATION N° 12

B... René, 12 mois. *Sauvetage d'un bébé de mère tuberculeuse.*

Cet enfant de 12 mois est hospitalisé à la crèche en mars 1926. Il présente une cuti positive. La radiographie offre une image d'infiltration parenchymateuse.

La mère, tuberculeuse incurable, a refusé en janvier un placement pour son enfant, qui lui était proposé à l'hôpital Laennec, où elle-même était en traitement.

Maintenant la partie semble perdue et l'on n'envisage pas de guérison possible, ni pour la mère, ni pour l'enfant.

Ce dernier est, en conséquence, repris par celle-ci.

Tous deux sont suivis, en liaison avec le dispensaire du XI^e arrondissement, qui ne voit non plus aucun placement possible. Pourtant l'enfant semble vouloir vivre : lors d'une visite à domicile, le 20 mai, l'Assistante est frappée par l'amélioration : il a repris 800 gr. Par contre, la mère, de plus en plus mal, ne se lève que pour s'occuper de son enfant et, craignant enfin de le contaminer, ose à peine le toucher.

Incapable de rester les bras croisés devant une semblable situation, l'Assistante réussit à faire prendre le petit à la Fondation Paul Parquet à la fin du mois de mai.

L'enfant y fait un long séjour, pendant lequel sa mère meurt.

Il a la rougeole en juin. En septembre, l'état est encore médiocre. Une grande amélioration se produit au mois de novembre et René peut être rendu à la grand-mère qui, sollicitée, accepte de se charger de lui.

En juillet, il est encore placé à Gaillon.

Il fait, en juillet 1929, une congestion pulmonaire dans le Service.

A sa sortie, il est repris par le père, remarié, dans son nouveau foyer. L'enfant est encore, en 1933, placé dans un préventorium en Bretagne, mais il est repris définitivement en 1934 par sa famille.

Il est encore actuellement suivi dans le dispensaire de son quartier et continue à bien se porter.

Conclusion : Il s'agit bien là du sauvetage inespéré d'un fant de tuberculeuse, bacillisé à l'âge de 10 mois ; et ceci par un placement très difficile, suivi d'ailleurs de beaucoup d'autres.

OBSERVATION N° 13

D... Michel. Cure en famille.

Michel entre à la Crèche le 21 mars 1935, pesant 5 kgr. 730 à 8 mois. Il n'a pas grossi depuis 4 mois. Il n'a pas de dents.

Le foie est normal, la rate un peu augmentée de volume.

Aux poumons, l'examen montre seulement une zone de submatité à droite et en arrière. La cuti-réaction est fortement positive. Le film radiographique accuse un voile à la partie supérieure du lobe inférieur, à droite. On note dans les anté-

cédents que cet enfant aurait eu en janvier une congestion pulmonaire.

Enquête : C'est un milieu ouvrier. La mère est en chômage. Le logement est très modeste, dans un quartier ouvrier, mais à proximité du Bois de Vincennes. La mère est bien portante, les frères et sœurs également, mais le père est traité à Saint-Antoine, dans un Service de tuberculeux, depuis le 22 janvier ; avant cette date, il était à la maison, en contact avec Michel.

L'enfant reste momentanément à la Crèche. Une radiographie, faite 15 jours après le début, montre un voile plus dense et plus étendu en haut. Une image ganglio-hilaire bas placée apparaît. La courbe pondérale est satisfaisante. On rend donc Michel à sa mère. Celle-ci le promènera au Bois de Vincennes et le ramènera tous les mois pour radiographie et examen.

En mai, il pèse 6 kgr. 700. Le 7 juin pourtant, il est ramené à la Crèche avec 39° de température et une chute de poids. La rate est très hypertrophiée. De nombreux râles occupent les deux champs pulmonaires. Mais surtout la langue est sale, la gorge rouge, il y a une otite suppurée droite. L'enfant sort guéri après 6 jours, son poids est stationnaire. Il est revu en août puis en septembre 1935. Le poids augmente, et l'image radiologique se nettoie. En janvier 1936, la régression radiologique est nette : une calcification hilaire est apparue ; une image linéaire de scissurite se dessine au même niveau.

Revu en février, il pèse 8 kgr. 300, mais il n'a que 9 dents et sa fontanelle admet encore trois travers de doigts à 19 mois. A 24 mois, la croissance est toujours insuffisante. La radiographie ne montre aucune image évolutive. L'enfant est proposé pour Forges, dans le but d'améliorer son état général.

Conclusion : Enfant de père tuberculeux, ayant présenté à l'âge de 8 mois une cuti positive, avec scissurite, guéri de sa lésion pulmonaire après 16 mois de cure en famille, et placé seulement alors à Forges, pour insuffisance de l'état général.

OBSERVATION N° 14

G... Maurice, 10 mois. *Cure à la campagne.*

Cet enfant est hospitalisé en janvier 1929, au poids de 5 kgr. 650. On note seulement une splénomégalie importante. La cuti-réaction est positive. La radiographie montre une image de hilite et de périhilite.

Enquête : Maurice est d'un milieu ouvrier aisé. Son père est tailleur en chambre. Il est bien portant.

Sa mère est porteuse d'érouelles. Une tante a eu des hémoptysies : elle n'a d'ailleurs eu que des entrevues rares et peu

prolongées avec le bébé. Trois autres enfants bien portants ne sont pas à Paris. Le logement est bien tenu, mais étroit et dans un quartier peu aéré. On conseille aux parents de faire vivre les enfants à la campagne. M^{me} G... y emmène le petit malade. Son état général est bon : radiologiquement la régression commence. Les hiles sont encore chargés. De plus, l'enfant a de fréquentes angines.

La tante, tuberculeuse, vit toujours ; mais on évite le contact.

En janvier suivant, il existe sur la radiographie des calcifications hilaires. Les amygdales sont grosses.

En mai 1935, 6 ans après la découverte de sa tuberculose, Maurice revient nous voir. Il est en bon état. Il a subi, il y a un an, sans dommage, une amygdalectomie. Il a eu dans l'intervalle de son retour une coqueluche et une rougeole non compliquées.

Après une radiographie qui montre seulement d'importantes calcifications hilaires, Maurice est autorisé à reprendre une vie normale : il a 7 ans.

Conclusion : En somme, milieu sympathique, avec lequel l'assistante entre en rapport ; les parents, avertis, n'hésitent pas à quitter Paris, et l'on peut constater une guérison parfaite à l'âge de 7 ans.

Cet enfant a été retrouvé par l'Assistante sociale.

OBSERVATION N° 15

P... Paulette, 5 mois. *Cure à Champigny.*

Cette petite de 5 mois est amenée à l'hôpital pour toux et fièvre, au poids de 5 kgr. 170.

Le 10 avril 1929, la rate est grosse, la cuti-réaction positive. L'examen radiographique montre des ombres hilaires accentuées et un flou à la partie moyenne à droite.

Enquête : Le père, ouvrier, est bien portant. La mère n'est pas malade non plus. Elle a 5 enfants sains.

C'est le grand-père, tousseur, qui a contaminé Paulette.

Le logement de 2 pièces est médiocrement situé et donne sur une cour.

La mère est active et propre. Sur les conseils de l'Assistante, elle n'hésite pas à partir 5 mois à Champigny avec son enfant malade. Cette dernière reste en nourrice au delà de cette échéance et rentre seulement à Paris en fin janvier 1930, ayant passé près de 10 mois à la campagne.

En mars 1930, Paulette fait un spina ventosa du 3^e métacarpien. La radiographie du mois d'avril montre une opacité de tout le lobe inférieur droit.

En juin 1930, M^{me} P... ramène l'enfant, qui pèse 18 kgr. 500, le spina est abcdé.

La famille a quitté le petit logement parisien et occupe maintenant un appartement vaste et bien exposé dans les habitations ouvrières des boulevards extérieurs.

Paulette est ramenée à la Consultation en mai 1935, par une convocation du Service spécial : elle a passé deux ans à la campagne, et vit depuis à Paris.

La radiographie montre une calcification du hile droit, sans image évolutive.

Conclusion : Cette enfant, contaminée par son grand-père dès l'âge de 5 mois, a été sauvée par une cure à la campagne, d'abord avec sa mère, puis en nourrice.

OBSERVATION N° 16

M... René, 9 mois. *Cure à la Salpêtrière.*

Il entre dans le Service le 25 avril 1935, pour fièvre, constipation et vomissements. L'examen est complètement négatif, mais la cuti-réaction s'avère positive et la radiographie du 29 montre une image en bec de canard, juxta-hilaire droite typique.

Le poids est stationnaire autour de 6 kgr.

Il n'y a pas de bacille dans le contenu gastrique.

Dans les jours qui suivent l'entrée, la température monte à 39°, en même temps qu'une chute de poids se produit, et il apparaît un foyer de râles sous-crépitaux à la base gauche, avec otite.

Enquête : La mère, âgée de 30 ans, est bien portante, c'est son premier enfant.

Le père est échaffaudeur, en chômage depuis 6 mois. Aucun des deux ne tousse, mais on découvre que le mari de la grand-mère paternelle est tuberculeux.

Ces gens sont logés comme gardiens à Ivry.

La radiographie du 22 mai ayant montré que le champ pulmonaire droit se nettoie, l'enfant est remis à sa mère, en assez bon état, pesant 6 kgr. 225, mais il revient avec une adénite cervicale, dont la ponction ne réussit pas à éviter la fistulisation. Cette fois, il y a un état subfébrile ne dépassant pas cependant 37°8. La courbe de poids est ascendante.

Le film radiographique de la fin mai montre une régression nette de l'image en bec de canard.

A partir du 18 juillet, la température redevient normale. L'état général reste déficient. Cette fois René est envoyé à la Salpêtrière : il a 13 mois, pèse 6 kgr. 700.

Sur la radiographie, en même temps qu'une régression nette, on note de l'opacification en certains points. Une fébricule persiste, mais la courbe de poids est régulièrement ascendante.

La recherche de bacilles dans les selles reste négative.

En décembre-janvier, le nettoyage radiologique est à peu près complet. Il y a en mars un épisode pharyngé fébrile.

En mai 1936, René sort de la Salpêtrière : à 22 mois, il pèse 9 kgr. 500.

Une radiographie de contrôle, faite peu de temps avant, témoigne de la guérison radiologique.

Conclusion : En somme, enfant de 9 mois, de « père non dénommé », pour lequel la cure à domicile n'a pu être faite. C'est une cure à la Salpêtrière qui a obtenu la guérison.

OBSERVATION N° 17

P... Marcelle, 17 mois. *Cure en banlieue et à la Salpêtrière.*

Marcelle a 17 mois, et pèse 9 kgr. 500 en décembre 1933. Sa pâleur et son mauvais état général frappent d'emblée.

La température est à 39°. Et pourtant rien à l'examen pulmonaire. Foie et rate normaux. Mais la cuti se montre fortement positive et la radiographie, pratiquée dans le Service, donne une opacité triangulaire à base hilare, figurant à la partie moyenne du poumon droit une image de juxta-scissurite.

L'enquête nous apprend que la mère habite seule avec son enfant, une chambre propre, dans un immeuble neuf ; mais elle se met peu de temps après en ménage avec le père de l'enfant, ouvrier italien, dans un petit pavillon de Champigny. Ils ne sont malades ni l'un ni l'autre. La petite aurait été contaminée par un cousin tuberculeux, qui a séjourné auprès d'elle pendant l'été 1933.

La température étant tombée à 37°, la mère est autorisée à reprendre son enfant, qui fera sa cure à Champigny, et sera suivie à la Consultation.

A 18 mois, elle pèse 10 kgr. 500, son appétit reste capricieux.

Il y a sur l'image radiographique une régression de l'opacité triangulaire, de dehors en dedans.

Le 25 mai 1934, à 22 mois, Marcelle a 16 dents, pèse 11 kgr. La régression radiologique est à peu près complète.

En octobre 1934, l'enfant présentant de la fièvre et de la toux depuis 15 jours, avec baisse du poids et ombre floue à la base droite, est hospitalisée à la Salpêtrière.

La courbe fébrile ne dépasse pas 37°5-37°8. L'examen du liquide gastrique ne découvre pas de bacilles.

Le poids remonte d'un kilog. en octobre. Dès novembre, il y a une diminution du flou de la base droite à la radiographie. Mais une nouvelle baisse de poids se produit, et, en fin novembre, il y a une ascension thermique à 39°-40°, avec dyspnée, toux et matité de la base droite. La fièvre tombe en quelques jours, mais l'instabilité thermique persiste et il y a une réapparition du voile de la base droite sur la radiographie.

L'enfant sort enfin le 30 décembre, en meilleur état.

Elle est remise à ses parents pour partir dans l'Oise, dans sa famille.

Elle est revue le 23 août 1935, à la suite d'un rappel de l'Assistante sociale. L'état est bon, la radiographie montre que l'ombre de la base n'est plus limitée qu'à la zone péri-hilaire.

En janvier 1936, Marcelle a 3 ans 1/2, pèse 13 kgr. 900, a un bon appétit et un excellent état général. Le film radiographique donne une image de guérison.

Juillet 1936 : on apprend, à la dernière visite de contrôle, que le père, la mère et l'enfant sont partis en Italie, où la petite se porte très bien.

Conclusion : Nous enregistrons donc une guérison complète, malgré plusieurs reprises évolutives, en 3 ans, à la suite d'une cure surveillée à la campagne et 3 mois d'hospitalisation à la Salpêtrière.

OBSERVATION N° 18

P... Odette, 11 mois. *Cure à la maison, puis placement.*

Cette petite de 11 mois vient à la Crèche, en avril 1929, pour fièvre à 39°-40°, et l'on découvre une cuti-réaction positive avec, à la radiographie, une grosse image en bec de canard.

Enquête : Le père est bien portant. La mère, ouvrière dans les cuirs, est tuberculeuse, porteuse d'un pneumothorax artificiel. Ils habitent Montreuil. Deux enfants sont morts en bas-âge : de méningite et broncho-pneumonie.

L'enfant reste à la Crèche d'avril à mai 1929. Les parents la reprennent alors, mais l'enfant est mise en garde chez une voisine durant la journée. Puis le père abandonne le foyer et Odette est ramenée à Trousseau en avril 1930. Elle est restée en contact avec sa mère, qui ne crache pas, dit-elle. Elle vient d'avoir la coqueluche, mais son état général reste bon, sauf un certain degré de rachitisme. L'examen montre uné submatité para-vertébrale droite et quelques râles disséminés. A la radiographie le flou persiste, avec une calcification à son bord droit.

Des ombres floues occupent le bord gauche du cœur, surtout

à la partie supérieure. Le père ne s'opposant plus au placement, un envoi est fait à Gaillon, le 26 avril 1930.

En 1931, au retour, l'enfant est placée à Chevière, par le dispensaire de Montreuil.

La mère ayant succombé en février 1932, de Chevière, l'enfant part à Hendaye, en mars 1934.

Convoquée en mai 1935, elle est rentrée depuis septembre dernier et vit chez son père. Elle a 7 ans, pèse 18 kgr. et va en classe.

L'auscultation est négative. La radiographie donne une image de guérison.

Conclusion : En résumé, cette enfant de mère tuberculeuse, contaminée dès l'âge de 11 mois, fut soignée à domicile et confiée à une voisine d'abord, puis envoyée au Centre de placement familial, et enfin à Chevière et Hendaye.

Le père s'étant remarié, après le décès de la mère, l'enfant rentrée au foyer mène une vie normale.

OBSERVATION N° 19

M... Raymonde, 29 mois. *Cure à Paris.*

On découvre à l'occasion d'un examen systématique (le père est tuberculeux reconnu), que Raymonde a une cuti-réaction phlycténulaire. Ceci se passe en novembre 1933. L'enfant a 29 mois et pèse 13 kgr. 300. L'examen pulmonaire décèle une submatité para-hilaire droite, avec retentissement du cri.

Radiographiquement, il s'agit d'une juxta-scissurite droite, avec ombre hilaire arrondie, floue.

Enquête : Le père est traité en sanatorium à Riz-Orangis. La mère, au chômage, n'a que cette enfant. Elle occupe avec elle une chambre haut placée, dans un grand immeuble, au centre de Paris. L'exposition est bonne, mais la rue étroite. On émet des doutes sur la possibilité d'une cure à domicile dans ces conditions, mais la mère ne voulant pas entendre parler de placement, on lui rend son enfant, qui fait donc sa cure à Paris, à partir du 9 mars.

Celle-ci est amenée régulièrement à la Consultation.

A noter que la mère a été trouvée indemne de tuberculose, lors d'un examen fait à Saint-Antoine.

La régression radiologique se produit dès janvier et en juin l'image tend à être linéaire.

Un séjour de deux mois à la campagne est fait pendant l'été 1935, avec la mère.

En juin 1936, l'état général est bon, le poids de 18 kgr. 100, mais l'image radiologique est toujours au même point. On fera une proposition pour Flavigny, à la rentrée.

Conclusion : Cette enfant de 29 mois, dont le père est tuberculeux, est restée à Paris, auprès de sa mère, qui l'entoure de tous ses soins. Un placement sera peut-être fait pour activer la guérison, maintenant qu'elle a 4 ans.

TABLEAU N° 2. — **Nourrissons tuberculeux et S. S.**

Années	Nombre total	Décédés	Perdus	Vivants
1924.....	6	3	1	2
1925.....	13	8	3	2
1926.....	23	13	6	4
1927.....	9	4	3	2
1928.....	9	2	2	5
1929.....	12	4	1	7
1931.....	20	16	2	2
1932.....	18	13	4	1
1933.....	30	21	5	4
1934.....	23	10	6	7
1935.....	28	16	2	10
Totaux.....	191	110	35	46
Donc pourcentage.....		56 %	21 %	23 %

CHAPITRE III

Service Social et syphilis.

Généralités.

Il n'est pas nouveau de dire que la prophylaxie de la syphilis doit comporter tout un armement social, chargé du dépistage et de la mise à portée de tous des moyens de traitement, cela par des visites à domicile et des correspondances.

Nous nous contenterons donc de signaler les particularités du dépistage rétrograde à partir de l'enfant. Depuis toujours, on fait le diagnostic de la syphilis maternelle devant le nouveau-né syphilitique. Mais les moyens d'investigations modernes ont considérablement multiplié ces éventualités. La pratique courante de la réaction de Von Pirquet et de la radiographie chez l'enfant, ont permis d'accroître le champ de la syphilis héréditaire par une discrimination certaine entre tuberculose et syphilis osseuse, tuberculose pulmonaire et dilatation bronchique (souvent spécifique pour certains auteurs), et même syphilis pulmonaire proprement dite. Mais surtout l'emploi des méthodes sérologiques pour le diagnostic de la syphilis a autorisé à incriminer des sujets apparemment sains, éclairant ainsi la genèse des accidents syphilitiques.

L'enquête familiale a, pour la syphilis infantile, une grande importance.

La notion de polyléthalité infantile, de fausses couches répétées, voire d'accidents syphilitiques connus chez le père ou la mère, peuvent mettre sur la voie d'un diagnostic

difficile. Mais ce qui nous intéresse au plus haut point, c'est que la notion de la syphilis certaine, chez un enfant, doit permettre de soigner ses frères et sœurs et de traiter père et mère avant la fécondation et pendant les gestations ultérieures.

Le double intérêt de cette enquête réside donc dans la confirmation du diagnostic clinique par la découverte de la contamination (l'hérédité le plus souvent) et dans le dépistage, à partir de ce point d'origine, des ravages déjà causés.

L'enfant syphilitique est bien rarement amené d'emblée à la consultation spécialisée. Un contingent notable d'enfants à traiter est fourni par les petits malades sortant des services de médecine ou de chirurgie, reconnus syphilitiques et dirigés comme tels sur le centre de traitement. Bien souvent aussi, l'hérédo-syphilitique « traînera » dans tous les dispensaires et consultations, pour troubles de développement, en ophtalmologie, ou même en neuro-psychiatrie, avant de trouver sa place définitive.

Le service devra donc glaner ses clients de côté et d'autre, mettre en ordre, et prendre à son compte avec méthode, des traitements déjà entrepris.

Mise en traitement.

Mettre en traitement le plus rapidement et le plus sûrement possible le sujet dépisté, ainsi que ses progéniteurs et ses collatéraux, s'il y a lieu, tel est le but à atteindre.

Aussi l'Assistante sociale se met immédiatement en contact avec les parents, pour envisager les modalités de traitement les plus simples et les plus appropriées :

1^o Ou bien ce sera le traitement *à l'hôpital*, permettant facilement à la mère de se faire soigner elle-même en amenant l'enfant aux « piqûres » (c'est dans ces conditions que la surveillance sera la plus facile) ;

2^o Ou bien si la famille habite en banlieue, par exemple, le traitement sera confié à un dispensaire voisin ;

3^o Enfin, quelques malades se feront faire les injections

par leur médecin, en ville, les médicaments étant encore fournis par le service. Dans ces deux éventualités les malades reviennent à la consultation où sont faites les prises de sang, et c'est elle qui garde la direction du traitement.

Enquête.

Le traitement une fois mis en œuvre, les investigations doivent être poursuivies autour du malade. Aussi l'Assistante profitera du « repos » qui suit la « première série » d'injections pour rendre *visite à la famille*. Celle-ci l'accablera de questions inquiètes sur la nature et la durée du traitement entrepris. Avec beaucoup de doigté, la visiteuse les initiera aux problèmes de la prophylaxie antisypilitique, en insistant sur la nécessité d'un traitement régulier et prolongé pour éviter des accidents graves.

L'examen du *logis* se doublera de l'inspection des *enfants* et d'une enquête sur leur nombre et les conditions de leur venue au monde : prématurité, viabilité, développement statural et intellectuel, sur les fausses couches possibles et les décès.

Amener le *père* à se faire examiner, c'est bien souvent le point délicat, mais aussi central du traitement. Si celui-ci est gagné à la cause, il tiendra à la régularité du traitement, au lieu d'y faire obstacle dans le cas contraire, mais de grosses difficultés surgissent du fait qu'il doit être traité dans un hôpital d'adultes ; c'est à l'Assistante sociale qu'il appartient de se mettre en rapport avec un dispensaire ou un hôpital et de fournir les données nécessaires pour établir le dossier.

Ajoutons que dans plus d'un cas, la perspicacité de l'Assistante devra découvrir au delà du cadre familial, le ou la responsable de la contagion extra-conjugale et sur lequel il faudrait agir aussi.

Une fois établies ces relations de confiance avec la famille, il sera plus facile de relancer, par des lettres et des visites, les irréguliers au traitement, évitant ainsi que

les bons effets du travail entrepris ne soient compromis par la négligence.

Et combien l'Assistante ne redoublera-t-elle pas de soins lorsqu'un enfant sera attendu, afin de reprendre ou de poursuivre, plus énergiquement que jamais, le traitement. Disons en passant qu'il faut avoir véritablement l'œil aux aguets pour dépister en temps une grossesse à ses débuts.

Travail Social.

Autour de l'hérédo-syphilis une foule de soucis connexes appartiennent encore à l'Assistante.

Cet enfant pâle et malingre doit bénéficier, par ses soins, d'un séjour de repos au grand air.

Ce petit syphilitique, qui a une dilatation bronchique, quelquefois même une tuberculose surajoutée, doit être envoyé à la Bourboule ou dans tout autre établissement de cure ; mais pour tous ces placements on tiendra compte que quelques préventoria seulement assurent un traitement anti-syphilitique régulier : ce sont par exemple, Garches et Arbonne pour les grands enfants, la pouponnière de Tergnier (Aisne) pour les nourrissons.

Ne pourrait-on, par un utile envoi en maison de rééducation, soulager et reconforter, les parents de ce petit anormal ?

Mais le cœur maternel de l'Assistante n'arrêtera pas là ses ambitions ; si elle a déjà entouré de son affection telle jeune fille dans le plus complet abandon moral, de même, elle saura réhabiliter à ses propres yeux l'imprudente fille-mère en lui montrant la grandeur de sa tâche et en lui promettant au besoin un appui en face de sa famille.

Elle ne franchira jamais le cœur léger de foyers démantelés et son passage laissera toujours quelque sillage d'espoir.

Observations.

Nous avons recueilli une dizaine d'observations particulièrement typiques et variées : soit de syphilis certaine chez

l'enfant (un cas de syphilis acquise), soit confirmée par la syphilis maternelle ou des collatéraux, ayant permis dans les deux éventualités de traiter toute la famille.

Nous avons relevé une moyenne de près de trois personnes traitées dans chaque famille. Le traitement a été poursuivi plus de 3 ans et pour plusieurs grossesses il a été repris chez la mère.

D'une façon plus générale, une proportion de 26 0/0 de mères syphilitiques ont été mises en traitement à la consultation à la suite de l'examen des enfants.

OBSERVATION N° 20

M... Odette, 2 mois. *Syphilis cutanéomuqueuse et maladie de Parrot*. Quatre personnes traitées.

Née prématurément, à 8 mois, Odette pèse 3 kgr. 450 lorsqu'elle vient consulter, en janvier 1932, avec des lésions cutanéomuqueuses de syphilis héréditaires : teint bistré. Coryza avec croûtes, fissures et plaque périanales. De plus, les deux membres supérieurs sont inertes. Le foie et la rate sont hypertrophiés. La prise de sang est complètement positive.

La mise en traitement est immédiate : après 7 jours de traitement bismuthique, les lésions superficielles sont guéries, l'enfant ne souffre plus. Il reçoit en un an 4 séries d'injections, 3 d'acétylarsan, 1 de bismuth, la deuxième année, 3 séries. Pendant ce temps, le développement se fait à peu près normalement : la première dent apparaît à 7 mois, mais le poids est encore de 5 kgr. 570. En juin 1933, Odette a 19 mois : elle pèse 8 kgr. 500, a 6 dents et marche. Trois mois après, elle a 12 dents : on note des malformations d'implantation, une incisive manque.

Pendant l'hiver 1934-1935 l'enfant fait otite, bronchite et varicelle, le traitement est néanmoins poursuivi dans l'intervalle. En 1935 et 1936, elle reçoit encore 2 séries d'injections d'arsénomyl.

Revue en février 1936, Odette est en très bon état, et pèse 15 kgr. à 4 ans 1/2 : elle a été traitée depuis l'âge de 2 mois sans interruption.

Enquête : La mère était femme de chambre dans la même maison depuis 5 ans. Elle l'a quittée seulement à la naissance d'Odette. Un autre enfant de 14 mois est chez les grands-parents à Limoges.

Le logement comprend 2 pièces et une cuisine ; celles-ci sont

assez grandes, claires, aérées. Le prix du loyer est de 1.200 fr. C'est peu meublé, mais très bien entretenu. L'impression est bonne : « famille intéressante, note l'enquête, jeune femme ordonnée, propre, économe, soignant très bien son enfant ».

Le père, chauffeur dans une maison particulière, gagne 1.500 fr. par mois. La prise de sang s'étant montrée positive, on lui ménage des facilités de traitement le matin, à la Charité, dans l'intervalle de son travail.

M^{me} M... (B.-W. négatif) est cependant mise au traitement en même temps que l'enfant. Opérée en 1936 d'une grossesse extra-utérine, elle reprend ensuite ses piqûres.

Jean M... est mis au traitement en septembre 1932. Il a 20 mois, pèse 12 kgr. mais présente un coryza perpétuel, et a le nez écrasé. La prise de sang est positive. Il est régulièrement traité par sulfar et bismuth. Il supporte très bien varicelle et coqueluche, ainsi qu'une otite compliquée de broncho-pneumonie. Il est traité jusqu'à présent.

Conclusion : En somme, famille comportant : le père, la mère et les 2 enfants, mis tous quatre en traitement grâce au dépistage social, puisqu'un enfant seulement a présenté des accidents, mais que les réactions sérologiques ont été positives chez le père et 2 enfants.

OBSERVATION N° 21

A... Jacqueline, 10 ans. *Syphilis secondaire*. Trois personnes traitées.

Cette enfant de 10 ans 1/2 est envoyée à notre Consultation par le Service d'Oto-rhino-laryngologie.

Examen du 15 mai 1933 : elle présente, en effet, avec une gorge comme « marquée au nitrate d'argent » du pôle de l'amygdale à la base de la luette, une éruption maculo-papuleuse rosée, puis cuivrée, atteignant les régions électives : — lombes, membres, paumes des mains, plantes des pieds — s'effritant par le grattage, non prurigineuse. On note des adénopathies cervicales et inguinales bilatérales, constituées par de petits ganglions durs, mobiles et indolents.

Splénomégalie modérée sans hépatomégalie. Rien à l'anus ni à la vulve. Aucun accident primitif n'est découvert non plus à la langue ni à la bouche.

Le début de l'angine remonte à un mois. A cette date, il y avait une fébricule à 38°, avec céphalée. L'éruption d'apparition un peu plus tardive remonte à 3 semaines. A noter que l'enfant aurait eu, il y a plusieurs mois, à la paume de la main une lésion cutanée, suintante, longue à guérir.

La prise de sang se montre entièrement positive.

Antécédents : par ailleurs, cette enfant a présenté un développement à peu près normal, a fait ses premiers pas à 19 mois.

Enquête : Les parents sont bien portants apparemment. Il n'y a pas eu de fausse couche. Un enfant de 22 mois est sain.

La prise de sang faite aux parents est négative chez le père, positive chez la mère, sans qu'aucun accident n'ait été observé chez elle. Plus tard seulement, l'Assistante apprend par la maman que celle-ci a eu un ami, syphilitique reconnu. Aucun contact ne peut être établi.

La *mise en traitement* est immédiate.

L'enfant reçoit pendant sa première année de traitement trois séries d'injections : de sulfar, de quinby et sulfar alternés, avec stérobi.

Dès octobre, le B.-W. est négatif.

Le traitement est continué durant la 2^e et la 3^e années, au taux de 2 séries de sulfar annuelles. La prise de sang est toujours négative. La surveillance continue et l'enfant a encore reçu en mai-juin dernier une série de sulfar.

La mère a également été mise au traitement par novar et quinby.

Le frère, de 22 mois, qui présente une prise de sang positive sans accident est aussi traité par sulfar et bismuth.

Conclusion : Enfant de 10 ans, ayant présenté des accidents de syphilis secondaire typique, contractée vraisemblablement avec sa mère.

Guérisson sérologique et clinique après 3 ans de traitement.

Grâce à l'enquête sociale, la mère et le frère ont pu être traités.

OBSERVATION N° 22

M... Gabrielle, 15 ans. *Orpheline traitée pour kératite.*

Gabrielle est une grande et forte fille de 15 ans. Orpheline de père et de mère, elle a été recueillie par des amis. De caractère difficile, elle est placée actuellement dans un orphelinat : on l'amène au Service d'ophtalmologie, d'où elle nous est envoyée avec une prise de sang entièrement positive.

L'examen pratiqué le 19 novembre 1932, montre en effet une kératite interstistielle de l'œil gauche. Le début remonte à un mois.

Il n'existe aucun stigmate dystrophique d'hérédo-syphilis. Les réflexes tendineux sont tous vifs. Le développement intellectuel est normal.

Dans les antécédents, rien à signaler, sinon des ganglions cervicaux.

La mise au traitement d'attaque se fait par deux séries presque consécutives de 20 cyanures, puis bismuth et cyanure.

En juillet, l'examen des yeux montre une cornée en voie d'éclaircissement, sans lésion du fond de l'œil.

Le traitement est continué de la même façon en septembre, octobre et novembre.

Pendant l'année 1934, le B.-W. restant positif, on fait encore 4 séries d'injections de bismuth, novar et arsénomyl.

En décembre 1934, la prise de sang est toujours positive. En 1935, 3 séries d'arsénomyl, bivitol et novar.

Mais Gabrielle part à Dijon, avec un besoin d'émancipation qui inquiète beaucoup l'Assistante sociale. Elle reste en relations épistolaires avec celle-ci, qui la recommande à l'Assistante de l'hôpital de Dijon, pour qu'elle soit traitée et un peu entourée... si possible. Son dossier de traitement y est envoyé.

Conclusion : Cette enfant qui a présenté une kératite syphilitique certaine a pu être traitée énergiquement pendant 3 années. La guérison a été obtenue et Gabrielle reste sous la surveillance médicale.

On ne peut encore répondre des résultats de la tutelle morale de M^{lle} Dervaut.

OBSERVATION N° 23

G... Jacques, 5 ans. *Dystrophie syphilitique. Dépistage d'une mère P. G.*

Jacques a 5 ans et pèse 12 kgr. 900. Il fait des bronchopneumonies tous les hivers et a déjà passé 2 mois à San-Salvador. Il a eu en 1934 des accidents nerveux étiquetés méningite.

On l'amène consulter pour son mauvais état général.

Examiné le 31 janvier 1935, cet enfant, petit et maigre, présente un faciès particulier : nez légèrement ensellé, bosses frontales saillantes, malformations des 2 oreilles. Il existe un coryza sanguinolent, les dents sont cariées. On trouve des adénopathies cervicales et sus-épitrochléennes. Le foie et la rate ne sont cependant pas augmentés de volume. Les testicules sont normaux.

Par ailleurs, la gorge est rouge, avec de grosses amygdales. Les poumons sont encombrés de râles de bronchite, avec sous-crépitaux aux deux bases.

La réflectivité est normale.

On note une légère arriération mentale. La cuti-réaction est positive.

Le diagnostic est évident, malgré la prise de sang négative.

Enquête : Les antécédents familiaux sont particulièrement chargés. M. G... est soigné à l'Hôpital Saint-Louis pour « les poumons ». C'est un ouvrier. Il gagne 40 fr. par jour. On est correctement logé, en deux pièces, bien tenues.

Quant à M^{me} G..., elle apparaît d'emblée comme présentant des troubles de la parole : elle est presque impossible à comprendre. On apprend que cette pauvre femme, autrefois première dans une maison de modes, est considérablement diminuée physiquement et mentalement. Elle présente, outre ces troubles dysarthriques, de fréquentes déficiences de mémoire, qui la rendent à ce point inapte à tenir son ménage que sa mère a dû s'installer auprès d'elle pour la seconder.

Elle est malade depuis 1931, date à laquelle elle fut traitée à la Salpêtrière, au pavillon Charcot. Mais elle a abandonné tout traitement depuis au moins 2 ans.

On apprend à la Salpêtrière, dans le Service où elle a été soignée, à partir de juillet 1932, qu'elle a été impaludée et qu'elle a reçu en 1932-1933 une série de quinby et une de stovarsol.

D'ailleurs, le diagnostic de paralysie générale ne fait pas de doute encore à l'heure actuelle, étant données la vivacité des réflexes et la présence d'un signe d'Argyll-Robertson. Il serait confirmé, s'il en était besoin, par la ponction lombaire et la prise de sang, toutes deux positives.

M^{me} G... a perdu deux enfants en bas-âge : l'un, né à terme, avec application de forceps, est mort à 6 semaines ; l'autre, prématuré de 7 mois, a succombé à l'âge de 2 mois 1/2. Le médecin traitant avait alors demandé un examen des parents.

Mise en traitement : Ce n'est qu'avec beaucoup de difficultés qu'on décide M^{me} G... a reprendre les piqûres. La mère et l'enfant sont traités : 2 séries d'injections sont faites en février-mars, puis en mai-juin, d'asénomyl pour la mère, de sulfar pour l'enfant. Le B.-W. reste positif chez la mère. Jacques grossit : il passe en 3 mois de 13 kgr. 600 à 15 kgr. 300 ; mais des démarches doivent être entreprises alors pour son envoi en préventorium, car la radiographie montre des images hilaires accentuées.

Il part à Itches, en fin septembre, et on écrit pour donner tous renseignements sur son traitement.

Quant à M^{me} G..., dont l'état mental est impossible à améliorer, elle se refuse à reprendre les piqûres.

Conclusion : Dépistage d'un enfant hypotrophique présentant des stigmates d'hérédosyphilis, confirmé par l'atteinte de la mère qui est paralytique générale.

OBSERVATION N° 24

V... Denise, 5 mois. *Hydrocéphalie*. Trois sujets traités.

Denise a 5 mois. Elle a été dépistée à la consultation d'ophtalmologie comme hérédo-syphilitique typique.

On constate, en effet, le 21 septembre 1926, que son crâne énorme est parcouru par un réseau veineux sous-cutané, anormalement développé, les os du crâne disjoints, une large suture antéro-postérieure, faisant communiquer les deux fontanelles.

On ne note pas de cranio-tabes. Le front est bombant. Le nez « en lorgnette ». Le corps est chétif, le poids total atteignant 5 kgr. 220. L'examen viscéral montre une rate grosse et dure et un foie également augmenté de volume. On ne trouve ni coryza ni plaque muqueuse. En somme, diagnostic évident de dystrophie hérédo-syphilitique avec hydrocéphalie. La prise de sang pratiquée est positive.

Dans les antécédents personnels, signalons la prématurité de 15 jours et une ophtalmie apparue aussitôt après la naissance.

Enquête : La mère apparemment bien portante, présente, elle aussi, un B.-W. positif.

Le père semble indemne. Il est employé d'octroi. La famille habite un appartement confortable et semble avoir une situation aisée.

La *mise en traitement* de Denise est énergique et prolongée. Pendant la première année 3 séries de sulfar lui sont administrées, et, dans l'intervalle, on lui fait des frictions mercurielles.

A l'âge de 1 an, elle pèse 7 kgr. et a deux dents.

A 13 mois, elle en a 6, se tient sur ses jambes, et dit « maman ».

Son développement intellectuel se fait normalement. Elle pèse 9 kgr. 100 et a 12 dents à 18 mois.

Pendant la 2^e année, on ajoute au traitement arsenical et mercuriel les extraits thyro-hypophyso-ovariens.

L'amélioration se poursuit. Denise pèse 10 kgr. 400 à 2 ans.

Pendant 3 ans encore elle est régulièrement soumise à 2 séries d'injections de sulfarsénol, séparées de 6 mois de repos. Le traitement endocrinien est poursuivi.

A l'âge de 5 ans survient une incontinence d'urine, qui cède en 2 mois aux piqûres.

Denise reçoit encore, en octobre 1931 et mai 1932, 2 séries d'injections de sulfar et de quinby.

Mme V... est traitée en même temps par des injections de muthanol et de novar.

Elle met au monde, en mai 1928, un garçon de 3 kgr. 150, qui

présente un foie légèrement augmenté de volume et une hydrocèle droite. Il est mis aux frictions mercurielles, et par la suite son développement est normal, mais il fait, à 13 mois, une broncho-pneumonie de rougeole, qui l'emporte.

La maman continue à venir régulièrement à la consultation et subit chaque année une série d'injections de bismuth ou d'acétylarsan. Elle est traitée de plus lorsqu'elle est enceinte.

Un 3^e enfant, Jacques, naît en juillet 1931. Il est amené à la consultation âgé de 7 semaines. Il pèse 4 kgr. 250. La rate est perceptible. On ordonne des frictions mercurielles.

En janvier 1932, c'est un très bel enfant, la rate n'est plus palpable. Les frictions sont cependant continuées. Il est revu à 14 mois pesant 11 kgr. 400. On prescrit du sirop Ludin, et il est signalé au Service des Visiteuses (O. P. H. S.) de Saint-Denis.

Conclusion. : En somme, dépistage à partir d'une hydrocéphale de la mère syphilitique; celle-ci est traitée et met au monde 2 enfants, qui sont également mis en traitement.

OBSERVATION N^o 25

T... Jackie, 18 mois. *Hypotrophie hérédo-syphilitique, avec dilatation bronchique.* Quatre personnes sont traitées.

Cet enfant de 18 mois, pesant 10 kgr. 800, est amené pour mauvais état général : anorexie, vomissements, amaigrissement et nervosité. Dans son premier développement, rien à signaler : il est né à terme, n'a jamais eu de convulsions. Pour toute maladie, il a eu récemment une rhino-pharyngite.

L'examen du 28 décembre 1932 ne décèle aucun signe morphologique de syphilis.

A l'auscultation pulmonaire on note de nombreux râles de bronchite.

L'enquête nous apprend que 2 enfants, nés prématurément à 8 mois, sont morts jeunes : de gastro-entérite et de broncho-pneumonie.

La mère elle-même a été traitée en 1929 à l'hôpital Saint-Louis. D'après les renseignements fournis par le Service social, en février 1929 elle était en pleine syphilis secondaire, avec plaques muqueuses des grandes lèvres et de l'anus. Elle fut alors énergiquement traitée par novar, cyanure, bismuth.

En décembre, elle est enceinte de 4 mois et la prise de sang est positive en janvier. On lui administre encore 2 séries d'injections de cyanure et de bismuth, et elle accouche à terme le 12 juin 1930 de Jackie, apparemment normal.

Aucun traitement n'est suivi durant les années 1931 et 1932

L'examen clinique pratiqué en mai 1933 dans le service ne montre aucune lésion cardiaque ou nerveuse. La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

Le père est actuellement manœuvre dans la T. S. F. et gagne 110 fr. par semaine. La famille est logée au rez-de-chaussée, dans 2 pièces, humides et mal entretenues.

Mme T... aurait un ami, qui l'empêcherait de s'occuper de son enfant.

La mise en traitement de Jackie est immédiate. Une série de sulfar est faite en décembre (le poids atteint en mai 11 kgr. 600), et une d'acétylarsan en septembre. Il est encore traité en avril, mais comme il reste chétif, il est envoyé à Saint-Georges-Motel pendant 6 mois : le traitement y est continué.

En janvier 1935, le poids est de 15 kgr. 360. Une rougeole, faite dans l'hiver 1935, nécessite une hospitalisation pour mauvais état général. L'acétylarsan est continué en octobre.

Revu en juin 1936, Jackie a perdu du poids, et présente des râles humides bilatéraux ; la cuti-réaction est négative. La radiographie confirme le diagnostic d'ectasies bronchiques atteignant les 2 bases.

Une proposition est faite pour le Préventorium Lozérien (les Assurances sociales se chargeant de 80 % des frais). L'enfant y partira en septembre.

Mme T... a repris son traitement en mai 1933. Etant enceinte de 5 mois en décembre, elle est traitée jusqu'à la naissance. Elle a une fille de 2 kgr. 750, qu'elle amène à la consultation le 15 juin. Cette enfant est pâle, elle a une grosse rate. On lui fait des frictions mercurielles : elle devait succomber à une coqueluche en octobre 1935.

En octobre, Mme T..., de nouveau enceinte, est traitée et accouche en mars 1936, d'un garçon, qui pèse 2 kgr. 600.

Il est vu à la consultation à l'âge de 3 mois, pesant 4 kgr. 420 et présentant une hépato-mégalie. Des frictions sont ordonnées.

Entre temps les T... ont quitté leur rez-de-chaussée insalubre pour deux pièces claires et ensoleillées au 6^e étage où les enfants seront plus sainement installés.

Conclusion : Jackie a présenté une hypotrophie hérédo-spécifique, compliquée plus tard de dilatation des bronches. Le diagnostic a pu être confirmé par la notion d'une syphilis maternelle insuffisamment traitée. Mme T... a été ensuite traitée à toutes ses grossesses.

OBSERVATION N° 26

G... Jean, 6 ans 1/2. *Crises convulsives.*

Cet enfant, né à terme, a présenté à l'âge de 3 mois une monoplégie brachiale gauche fébrile, qui nous est rapportée comme une paralysie infantile, mais pour laquelle, cependant, il a reçu à l'Hôtel-Dieu une série d'injections intra-musculaires.

Le premier développement s'est effectué à peu près normalement : première dent à 9 mois, premiers mots à 1 an et premiers pas à 18 mois.

En décembre 1933, Jean présente à l'école une crise convulsive, qui débute brutalement, s'accompagne de perte de connaissance, et dure en tout 2 heures. Il n'y a ni morsure de la langue, ni émission involontaire d'urine. La température monte à 40°3.

Le lendemain, les phénomènes convulsifs ont complètement disparu. Il n'y a plus de fièvre. L'enfant, cependant, reste impressionnable, émotif, pleure et rit très facilement.

On note que depuis lors il n'a pas présenté de nouvelle crise convulsive, même à l'occasion d'une rougeole récente, soignée à l'hôpital.

L'examen pratiqué en juin 1934, à la consultation, montre un facies coloré, légèrement adénoïdien. La dentition particulièrement défectueuse, présente des anomalies d'implantation, avec « dents de poisson » et de nombreuses caries. Le thorax est maigre. Il y a une hypotrophie de la ceinture scapulaire et des membres supérieurs.

Le cœur et les poumons sont normaux. Les réflexes tendineux sont vifs, les réflexes cutanés normaux ; le réflexe à la lumière est paresseux.

De plus, cet enfant apparaît à l'examen extrêmement nerveux et difficile. Il n'est pas sot, va à l'école et compte très bien, mais ne peut écrire.

La prise de sang pratiquée chez cet enfant se montre entièrement positive.

Enquête : La famille G... habite un pavillon en planches dans la banlieue parisienne.

Le père, ouvrier plombier en chômage, jouit d'une bonne santé apparente. Pourtant son examen de sang révèle un B.-W. positif.

Sa femme présente des douleurs en éclair. Les réflexes achilléens sont abolis. Il y a un signe d'Argyll-Robertson. Rien au cœur. Le B.-W. est positif.

L'autre enfant, Gisèle, examinée à cette date, est intelligente,

n'a jamais eu de convulsions. On note seulement chez elle des bosses frontales marquées et des réflexes vifs. Elle présenta dans la suite une hémoglobinurie paroxystique qui céda au traitement spécifique.

La *mise en traitement* offre dans cette famille de grandes difficultés : le père refuse de se faire traiter. Après des mois de correspondance et de démarches, au cours desquels a lieu un déménagement, on réussit à mettre en route le traitement dans un dispensaire voisin : des nouvelles sont données par les Sœurs du dispensaire.

Les prises de sang continueront à être faites à Trousseau.

Conclusion : 2 enfants hérédo-syphilitiques ont pu être dépistés l'un par l'autre ; ils ont été, ainsi que la mère, mis au traitement, malgré de grandes difficultés d'ordre matériel.

(OBSERVATION N° 27

V... Roger, 2 ans. *Sclérose cérébrale*. 2 enfants traités.

Cet enfant de 2 ans nous est amené en état d'arriération mentale manifeste. Il ne marche pas, ne parle pas. Il pèse 11 kgr. 750. Le crâne est gros, les bosses frontales proéminentes. Les réflexes sont vifs. On note, de plus, de l'hypothonie avec cyphoscoliose.

Une série de sulfar a été faite l'année dernière, sans succès. D'ailleurs l'étiologie spécifique reste incertaine : en effet, Roger est né à terme, au poids de 4 kgr. dans des conditions très difficiles, « présentation de l'épaule », dit la mère, et il n'a pas crié tout de suite. On signale qu'il n'a pas eu de convulsions. Le premier développement semblait plutôt précoce : 1^{re} dent à 4 mois 1/2 et dentition complète à 15 mois. Mais l'intelligence n'a pas suivi : l'enfant reconnaît seulement ses parents.

La prise de sang est négative.

Un *traitement* est pourtant institué en 1933 par sulfar, bismuth, puis acétylarsan, alternant avec les extraits pluriglandulaires.

En septembre 1933, Roger se tient assis. Il dit quelques mots en décembre, mais ne se tient toujours pas debout.

Après une série d'injections de strychnine, il se développe beaucoup (il pèse 15 kgr. 600) et parle mieux. La flaccidité des deux membres persiste.

A cette date, Roger a la coqueluche. Jusqu'à présent aucune enquête n'a été faite : il s'agit d'un milieu aisé... et la spécificité est vraiment incertaine !

Le Dr Ardouin, appelée auprès du petit malade, découvre à

cette occasion, chez une sœur de 10 ans, une hérédosyphilis certaine.

On amène l'enfant à Trousseau, où elle est mise en traitement, tandis que Roger continue à être soumis au sulfar et aux extraits glandulaires, sans effet sur la marche, mais avec une certaine amélioration au point de vue mental.

Enquête : Voici l'histoire de Paulette (10 ans) :

Elle est née à terme, au poids de 2 kgr. 950. Elle n'a présenté aucun accident pathologique jusqu'à l'âge de 7 ans, mais eut alors une éruption généralisée, avec une gomme à la jambe gauche. Cette dernière fut guérie par 2 séries de sulfarsénol. Le traitement n'a pas été poursuivi.

Paulette est examinée le 10 juillet 1935, c'est une belle enfant. Elle présente pourtant des bosses frontales accentuées et un nez écrasé. La cicatrice de gomme à la face antérieure du tibia gauche est typique. Il y a, de plus, une kératite de l'œil gauche et une hydartrose bilatérale.

La prise de sang est partiellement positive.

Un traitement par cyanure intra-veineux est institué, à raison de 4 séries la première année, atteignant la dose de 0,01 centigramme et 0,015 centigramme de cyanure par injection.

Elle reçoit encore actuellement un traitement régulier.

Conclusion : Il s'agit d'un enfant traité pour sclérose cérébrale, que rien ne permettait d'affirmer syphilitique, et chez lequel le diagnostic se trouva confirmé par la découverte d'une hérédosyphilis certaine, avec accidents cutanés et oculaires, chez la sœur.

Cette dernière n'a été dépistée qu'à l'occasion du traitement du frère.

TABLEAU N° 3. — **Service social en syphilis infantile.**

Années	Inscrits nouveaux	Malades de l'entourage amenés à la consultation	Malades ramenés au traitement	Placements :			
				Femmes	Nour- rissons	Enfants malades	Enfants sains
1928....	128	38	32	2	1	6	6
1929....	229	42	77	2		29	13
1930....	186	32	115		1	25	7
1931....	194	50	97		3	29	17
1932....	279	67		1	6	28	14
1933....	325	125	173		7	40	19
1934....	383	130	283	1	6	66	5
1935....	480	169	371			78	9

CHAPITRE IV

Service social et médecine générale.

1° Les grands enfants.

Parmi les petits malades hospitalisés dans les salles de médecine, les uns sont atteints d'une maladie aiguë ; chez les autres on assiste au début ou au développement d'une longue affection chronique ou récidivante, faisant envisager des mois et des années de soins.

Le pronostic se posera donc de façon toute différente selon que l'on a affaire aux uns ou aux autres. Mais dans les deux alternatives, nous nous trouvons devant une importante besogne sociale à accomplir : c'est l'enquête et les décisions qui en découlent.

1° L'enfant qui relève d'une grave toxi-infection, doit, avant de reprendre la vie courante, s'aérer et recevoir une alimentation riche, capable de compenser les pertes effectuées et de faire face en même temps aux besoins de son développement, c'est le cas des pneumonies, broncho-pneumonies, pleurésies. Si donc la famille n'est pas en mesure d'assurer ces conditions, il faudra, par un placement à la campagne, pourvoir à la convalescence.

2° Quant aux enfants atteints d'affections chroniques, ils pourront, bien entendu, eux aussi, bénéficier d'un séjour au bon air. Mais, dans leur cas, la question primordiale, c'est l'organisation avec les parents d'un genre de vie cadrant avec leurs nouvelles possibilités physiologiques. Envisageons, par exemple, la conduite à tenir pour un diabète et

pour un rhumatisme articulaire aigu, cas extrêmement fréquents.

Pour un petit diabétique, il faut s'assurer que le régime sera maintenu énergiquement et que les injections d'insuline et les examens d'urine seront faits avec ponctualité par une personne de confiance. De plus, l'enfant doit être suivi médicalement, afin qu'à la lumière des dosages du sucre et des corps cétoniques, les prescriptions soient sans cesse réajustées à l'état actuel.

Il est évident que c'est toute une éducation des parents, et celle-ci ne se fera que par de longs entretiens et des visites à domicile. Une certaine surveillance s'exercera également à la maison et des convocations rappelleront en temps opportun la nécessité du contrôle médical.

Grâce à cette discipline, combien de ces diabètes infantiles, naguère voués à une mort rapide, ont pu être menés à bien pendant des années, et parfois jusqu'à l'âge adulte.

De la même façon, au lever d'une crise rhumatismale, ayant atteint le cœur de quelque façon que ce soit (endocardite, péricardite ou myocardite), il faut de toute nécessité que le petit convalescent soit soumis à une vie réglementée soigneusement : certains jeux de force, ainsi que la montée fréquente d'escaliers sont interdits ; la marche elle-même et les exercices physiques seront « dosés » avec prudence.

L'hygiène du petit rhumatisant sera particulièrement stricte, la moindre infection pouvant entraîner chez lui de graves complications. Toute atteinte rhino-pharyngée, par exemple, sera traitée avec soin. L'enfant sera fréquemment revu, soit par son médecin, soit à l'hôpital, et recevra des conseils sur l'activité permise et le traitement médicamenteux à mettre en œuvre, s'il y a lieu.

Mais surtout ces enfants devront être orientés dès l'âge post-scolaire vers une profession sédentaire, travail de bureau, métier d'adresse et de précision. C'est à l'Assistante qu'il conviendra d'aider la famille dans ce délicat aiguillage, en lui indiquant les différents centres d'apprentissage qui prépareront à l'enfant un avenir plus sûr.

Pour les affections nerveuses chroniques telles que la

poliomyélite, la surveillance du traitement électrique et mécanique permettra d'en prolonger très longtemps les avantages. Plus tard, lorsque l'état est stationnaire l'enfant peut être aiguillé sur les services d'appareillage ou sur un placement.

Nous ne ferons que citer pour mémoire d'autres affections chroniques longtemps suivies dans les services, telles que : chorée, néphrose, néphrite, dilatation bronchique et asthme. Pour ces dernières, la possibilité de cure thermale, même par les moyens de l'Assistance Publique, comme cela existe pour la Bourboule, est d'un grand secours.

L'enquête familiale en médecine générale ne manque pas d'intérêt. L'hérédité, au moins du terrain, pouvant seule donner l'explication de certains faits. C'est par elle que M. Lesné a pu observer la même complication endocarditique, l'insuffisance mitrale se reproduisant à trois générations consécutives, chez la grand-mère, la mère et la fille, et des cas de contagion familiale de maladie de Bouillaud.

MALADIES CONTAGIEUSES.

L'œuvre sociale sera beaucoup plus modeste dans les services de contagieux.

Pourtant quelques cas d'épidémies insolites (de poliomyélite et diphtérie surtout) nécessiteront une enquête sur place, et parfois la mise en œuvre des grands moyens de prophylaxie, tels que le licenciement des écoles et la suspension de toute réunion d'enfants.

A part ces rares exceptions, depuis qu'il existe à l'école un Service d'inspection médicale il est obligatoirement renseigné sur le motif d'absence d'un élève. Les frères et sœurs seront donc, à coup sûr, évincés de l'école pendant le délai légal.

De même, le service de désinfection sera habituellement mis en branle sans l'intervention des services hospitaliers.

Les dangers de contagion étant écartés, il reste à envisa-

ger l'avenir de ces enfants. Pour beaucoup, le temps de réclusion obligatoire suffira par le repos et la suralimentation à obtenir la « *restitutio ad integrum* ».

Mais les suites des maladies infectieuses ne seront pas toujours aussi bénignes. Un séjour de convalescence devra compléter le traitement d'une scarlatine ou d'une diphtérie grave. Un bon nombre de rougeoles et coqueluches compliquées laissent à leur suite des dilatations bronchiques ; celles-ci entretenant des suppurations indéfinies, s'accompagnent d'altération de l'état général. Des cures climatiques comme le Mont-Dore et la Bourboule seront alors proposées, afin de ne remettre en circulation ces enfants que lorsque tout aura été mis en œuvre pour la désinfection pulmonaire et la stimulation de l'état général.

Les séquelles sensorielles, si fréquentes dans certaines maladies infectieuses, la surdité, en particulier dans la méningite cérébro-spinale, seront justiciables d'envoi dans des maisons spéciales pour rééducation.

En un mot, l'enfant pris en charge par le service ne devra être rendu, dans la mesure du possible, qu'en état de reprendre, sans heurt et sans danger ses occupations ou son travail. Quand cela n'est pas possible, tout sera prévu et organisé pour que le traitement nécessaire soit assuré dans les meilleures conditions possibles.

PLACEMENTS SOCIAUX.

En marge des enfants malades, l'Assistante devra penser à d'autres : c'est parfois le frère ou la sœur qui sont eux-mêmes en danger.

Mais, souvent, elle sera sollicitée aussi, pour des cas sociaux difficiles à débrouiller. Autrefois un grand nombre de ces malheureux, que l'on n'osait mettre dehors, encombraient les salles d'hôpital : c'est à l'Assistante qu'il appartient de tirer au clair ces histoires compliquées.

Il est évident que l'enfant même non malade peut avoir besoin de sortir de son milieu, de son quartier... C'est toute la classe des anorexiques, des surmenés scolaires, des petits

nerveux, qui semblent ne plus pouvoir momentanément s'adapter à leur cadre.

L'école de plein air, la colonie de vacances, ou le simple changement d'air feront merveille sur ce genre d'enfants.

Le milieu familial aussi, peut être, pour des raisons diverses, devenu inapte à recevoir l'enfant. C'est parfois le résultat de chocs moraux : un père qui menace à tout instant sa femme et ses enfants, c'est aussi la misère, soudaine avec la faillite, traînante avec le chômage... C'est enfin, la maladie d'un des deux conjoints, détruisant provisoirement le foyer. Parfois ces trois sortes de maux assailliront le foyer en détresse.

Pour faire repartir tout doucement la barque échouée, il va peut-être suffire de la décharger d'abord, et puis de faire confiance au pilote. Par un placement momentané on parera donc au plus pressé, puis une aide matérielle, un prêt pour l'installation, une recommandation, et voilà reconstruite la maison chancelante, où rentreront bientôt joyeux les petits voyageurs.

2° La crèche.

SON RECRUTEMENT.

La clientèle d'une crèche d'hôpital est très particulière. Loin d'abriter seulement les nourrissons atteints de maladies graves et impossibles à soigner à domicile, elle est le refuge de tous ceux auxquels les parents sont incapables d'assurer la simple hygiène alimentaire et qu'ils ne sauraient à plus forte raison. soigner du plus petit malaise.

En effet, les obligations de travail, l'exiguïté et l'insalubrité du logement, la misère, l'inintelligence, voire l'insouciance, rendent compte le plus souvent de cette impuissance.

On est frappé, d'ailleurs, par le pourcentage important d'enfants illégitimes et d'enfants de filles-mères ; toujours pesante, lorsqu'elle n'est pas désirée, la charge d'élever un

nourrisson devient écrasante lorsque la mère est seule à la supporter et qu'elle doit gagner sa propre vie.

Ceci explique qu'on revoie si souvent à la crèche les mêmes enfants, qui font jusqu'à plusieurs séjours dans une saison, et que des frères et sœurs y soient hospitalisés en même temps ou successivement.

Il est pourtant facile de comprendre que ces petits, qui sont déjà si souvent mal logés chez eux, ne peuvent pas, loin de là, bénéficier de séjours prolongés à l'hôpital, car celui-ci reste, malgré tout, le lieu de rendez-vous de toutes les toxi-infections. Comme d'autre part on ne peut, le plus souvent, rendre ces enfants avant une parfaite guérison, il faut absolument leur assurer un placement à la sortie, faute de quoi on les a vus revenir deux et trois fois, et toujours plus carencés et moins armés contre l'infection, succomber à une otite ou une broncho-pneumonie. Que de fois un hypotrophique remis difficilement en bonne voie, est « rentré » au bout de quelques jours, au-dessous de son poids initial !

Cette notion de milieu familial doit donc dominer toute la conduite du service social à la crèche.

ENQUÊTE.

Il faut en effet, avant de l'y renvoyer, connaître ce milieu d'où vient l'enfant. C'est par l'enquête à domicile qu'on l'apprendra. Et toujours les mêmes questions reviendront. Est-il possible... d'améliorer le logement et les moyens de subsistance du ménage comme de la fille-mère, d'inculquer des notions de puériculture à cette mère bien intentionnée, de redonner foi à ces parents découragés par le malheur, de restaurer le sentiment maternel là où il semblait évanoui?...

Dans le but de cette enquête, l'Assistante sociale se « met en relation » avec la mère, soit dans le Service, si cette dernière est hospitalisée avec son enfant, soit par une visite à domicile, qui lui permettra d'apprécier les ressources et la

propreté du foyer, test certain de l'adresse et de l'économie de la ménagère.

Par ailleurs, elle prend contact également avec la maternité où a été fait l'accouchement, ce qui sera facile d'ailleurs, puisque tous les services de maternité de Paris sont maintenant dotés d'Assistantes sociales. Par là bien des renseignements sont obtenus, dont l'importance est primordiale, au point de vue sanitaire et social : enquête médicale, circonstances de l'accouchement, résultat des examens pratiqués, suites de couches, décisions prises au sujet de l'allaitement. La « liaison » existera dans les mêmes conditions avec les différentes maisons maternelles pour filles-mères.

TRAVAIL SOCIAL.

Empêcher ou abrégé à tout prix l'hospitalisation du nourrisson : telle est la ligne de conduite de l'Assistante sociale.

1° Dans certains cas, un objectif précis s'impose : il arrive qu'en face d'une mère qui a renoncé, pour un motif pseudo-médical, ou simplement de commodité, à nourrir son enfant, il faille à tout prix la décider à reprendre l'allaitement interrompu puisqu'il y va de la vie de l'enfant. C'est une œuvre de persuasion où l'Assistante réussira après avoir reconnu les difficultés (diminuées d'ailleurs par l'adoption d'un biberon au milieu de la journée) en faisant miroiter les primes d'allaitement qui aideront à vivre la femme empêchée de travailler au dehors. La fille-mère pourra être placée avec son enfant. On aura recours parfois à des œuvres particulières telles que fut le pavillon d'allaitement de l'Ecole de Puériculture pour le rétablissement d'un allaitement maternel.

2° Si des fautes de régime sont responsables d'un état de déficience organique : hypotrophie, rachitisme... si un régime spécial et difficile est celui qui convient à l'enfant, l'ordonnance sera accompagnée de commentaires explicatifs, de démonstration à la biberonnerie, pour la fabrication

des laits modifiés ; quelques visites à domicile pourront être faites pour suivre l'état du nourrisson et vérifier que l'exécution du régime prescrit a été exacte. On ramènera de temps en temps le nourrisson, pour être suivi à la consultation. Parfois on confiera mère et enfant au dispensaire du quartier ou à une organisation de visiteuse de l'enfance, par l'intermédiaire de l'O. P. M. E. S. (1).

3^o Si le nourrisson « sortant de l'hôpital » ne peut être reçu chez lui, et dans le cas en particulier où il devrait être mis en crèche, on fait un *placement* de convalescence.

Mais plusieurs conditions doivent être réunies pour un placement au sortir de la crèche d'hôpital :

- il faut la possibilité de réaliser un isolement pour éviter de contaminer toute une pouponnière ;
- si l'on veut pouvoir faire des exeat précoces, une surveillance médicale reste nécessaire pendant un certain temps ;
- le nourrisson doit aussi pouvoir, à la sortie de la crèche, suivre, momentanément ou pour un certain temps, toute espèce de régime ;
- enfin un placement de convalescence doit être assez proche, car ces petits, en état de moindre résistance, ne pourraient sans danger, en hiver surtout, être transportés au loin.

Ces conditions se trouvent parfaitement réalisées à la *Fondation Paul Parquet*, pouponnière de convalescents réservée par suite d'un accord avec l'Assistance Publique, aux nourrissons sortant des crèches hospitalières. Elle offre, en effet, à proximité de Paris, à l'Île de la Jatte, dans des locaux admirablement compris pour l'hygiène et l'isolement, une surveillance médicale donnant toutes les garanties.

Il n'est pas sans intérêt de savoir, que deux places sont, chaque quinzaine, mises à la disposition de la Crèche de l'Hôpital Trousseau (comme d'ailleurs pour les autres crèches des hôpitaux d'enfants de Paris). Le choix des enfants est fait

1. Office Protection Mère et Enfant de la Seine.

en collaboration par la surveillante et l'Assistante sociale, et ratifié par le chef de service, et le départ a lieu sur simple certificat de l'Assistance Publique. L'enfant est envoyé à Paul Parquet, avec sa fiche sociale : les ressources de la famille, la nécessité d'une prolongation éventuelle en cas de maladie des parents ou de grossesse de la mère, ou d'un placement en nourrice à la sortie y sont notifiés ; le placement sera ainsi facilité par la direction de la pouponnière.

Le *Centre de la Nouvelle Etoile des Enfants de France* dispose à Courbevoie d'une infirmerie d'hospitalisation d'une quinzaine de lits, pouvant recevoir des nourrissons débiles venant des hôpitaux ou de la localité.

4° A la fin du séjour de convalescence, si la famille reprend l'enfant, elle pourra être utilement conseillée sur les *crèches* avoisinantes. Le Service Social a réalisé, en effet, ces dernières années, en conjonction avec toutes les Assistantes sociales à l'hôpital, une enquête générale sur l'alimentation des nourrissons dans les crèches de Paris.

Cette enquête, qui a révélé bien des insuffisances, a eu le résultat d'émouvoir l'opinion du monde médical sur cette importante question.

5° Lorsque l'enfant doit être placé après la convalescence, le Service social conseille de préférence à tout autre le placement en nourrice, et, sauf circonstances spéciales, le placement au *centre d'élevage*. La conception du centre d'élevage est la suivante : plusieurs nourrices recevant chez elles des bébés, sont groupées autour d'un dispensaire qui possède, en plus du personnel médical composé de médecins et d'infirmières visiteuses chargés du contrôle, quelques lits d'hospitalisation pour nourrissons malades.

Chaque semaine, à la Crèche de Trousseau, le D^r Lesné fait lui-même l'examen d'admission pour les *Centres d'élevage de la Nouvelle Étoile*. D'autres organisations comme *Les Amis des enfants*, ayant plusieurs *centres d'élevages*, offrent les mêmes garanties.

Les Pouponnières, sauf pour les débiles (Pouponnière de Courbevoie déjà citée), les convalescents ou les enfants au-dessous de 3 mois sont rarement conseillées, la vie

familiale des centres d'élevage étant plus favorable au développement de l'enfant.

Il faudra parfois placer les nourrissons pour les arracher à une contagion certaine. Nous ne faisons pas de différence, d'ailleurs, pour les enfants ayant reçu la vaccination B. C. G., qui ne doivent, pas plus que les autres, être exposés à la contagion.

L'Œuvre du placement familial des tout-petits prend les nourrissons écartés dès la naissance, ou supposés sains.

L'Œuvre Grancher accepte, en dehors des enfants sains de tuberculeux, les enfants bacillisés, à n'importe quel âge, pourvu qu'ils ne soient pas porteurs de lésions évolutives ou contagieuses. Elle les prend en tutelle jusqu'à l'âge de 13 ans, ce qui est particulièrement intéressant au cas où la mère viendrait à disparaître.

En face d'une *mère seule* le problème se pose d'une autre façon. La prise de contact a lieu dans des circonstances différentes. C'est souvent à l'occasion d'un malaise de l'enfant; mais il arrive bien aussi qu'on ait recours à l'Assistante directement pour un placement. Ou bien c'est une fille qui ne peut revenir dans sa famille avec un poupon sur le bras, ou bien une ouvrière qui doit gagner sa vie; c'est plus rarement une femme qui n'entend pas voir sa liberté entravée par les soins à donner à son enfant.

Une grande diplomatie doit être employée dans ces cas; en face du découragement ou de l'indifférence, il reste à montrer à la mère la grandeur de sa tâche et ses devoirs envers le nouveau-né, le danger d'un sevrage précoce et d'un envoi au loin, etc...

Devant des velléités d'abandon, l'attitude de l'Assistante sera la même. Montrant le devoir difficile, elle saura en diminuer la charge et encourager la mère défaillante. Plusieurs abandons ont ainsi été évités par son entremise.

Pour ces femmes seules, sans foyer, l'Assistante doit souvent organiser le placement de la mère et de l'enfant, soit en *Maison de convalescence*, telles que Saint-Maurice, le Vésinet, Nanterre, etc..., soit dans des *pouponnières* qui pren-

nent les mères comme berceuses, nourrices ou femmes de ménage, en leur donnant parfois une certaine rémunération ; pour de très bonnes nourrices, on les place dans les hôpitaux de l'Assistance publique, où elles sont largement rétribuées. L'Assistante sociale se préoccupe au premier chef du recrutement des nourrices affectées à la crèche de Trousseau : celles-ci sont choisies parmi les mères hospitalisées avec leur enfant, ou, plus souvent, parmi les femmes recommandées par le Service social des Maternités et des Maisons de convalescence.

Dans des circonstances plus rares, l'Assistante sociale eut la charge d'enfants abandonnés ou orphelins. Une grande prudence est toujours gardée en matière d'adoption. Jamais elle ne sera conseillée tant qu'un des deux parents vivra et seulement en cas d'enfant illégitime.

Moyennant ces restrictions, l'Assistante de Trousseau a pu favoriser plusieurs adoptions et elle reçoit toujours de bonnes nouvelles de ces petits qui ont retrouvé un foyer.

On le voit, un bon nombre de moyens permettent actuellement de faire face à toutes les éventualités. Naguère encore une gamme plus complète de placements était à notre disposition, mais nous avons à déplorer leur raréfaction depuis la crise économique.

La pouponnière de débiles, située à Montreuil, dite *Fondation Blum Ribbes*, a rendu pendant une dizaine d'années de grands services. Fermée en 1934, elle sera probablement réouverte par les Assurances sociales.

Fontenay-aux-Roses offrait un refuge où les enfants convalescents nourris au sein étaient reçus avec leur mère ; quant au *Pavillon d'allaitement* de l'Ecole de Puériculture, qui fonctionnait rue des Nouettes, et qui nous fut à bien des titres, précieux, il reprendra en janvier prochain, dans les nouveaux locaux du boulevard Brunhes.

Mais si nous nous reportons 12 ans en arrière, nous constatons que le travail était alors plus difficile : la *Fondation Paul Parquet* n'était pas encore ouverte aux petits convalescents, les services d'Infirmières-visiteuses n'existaient

pas. Dans plusieurs cas on dut avoir des audaces, qui auraient pu ne pas toujours se bien terminer, comme de conduire au *Centre de la Nouvelle Étoile* un enfant encore fébrile et qu'il fallait à tout prix ôter du milieu hospitalier, ou de confier à l'*œuvre d'adoption* un enfant très débile, sans une période d'observation suffisamment prolongée. Actuellement ces imprudences sont interdites et l'action du service social se passe dans un cadre plus régulier.

AIDE MATÉRIELLE.

Parfois une aide matérielle est nécessaire à la mère, qu'elle garde ou qu'elle place son enfant. *L'Œuvre de l'aide aux tout petits* est en mesure de s'occuper des enfants qui sortent de la crèche et de leur donner des secours en nature : aliments, farines, lait, etc... Celle-ci a travaillé aussi pour la modification des régimes des crèches et supplée par des distributions de fruits aux déficiences de l'alimentation qui y était donnée.

Toute famille nécessiteuse sera signalée au *Bureau de Bienfaisance*, et, si la mère est seule, à celui des *Enfants Secourus*. Une aide, dite « Secours préventif d'abandon », pourra être obtenue, plus élevée, d'ailleurs, si la mère garde son enfant près d'elle. Les allocations mensuelles, réparties sur 3 années, ayant une valeur décroissante de 120 fr., 80 fr. et 40 fr.

Des *aliments* pourront être obtenus auprès des mêmes organismes.

Habituellement le Service Social reçoit un échantillonnage de laits secs et condensés, qu'il dispense judicieusement entre ses clients. Il a même fait, dans certains étés où sévissaient des épidémies de diarrhée infantile des distributions régulières de lait sec aux familles nécessiteuses, pendant la saison chaude.

Le Service Social dans sa besogne sanitaire n'oubliera pas que la dislocation de la famille et le placement n'est qu'un pis-aller. En conséquence, dès que cela sera possible,

l'enfant ou le nourrisson seront rendus à la famille, dont les soins attentionnés peuvent beaucoup pour la guérison. Témoin ce nourrisson convalescent de méningite cérébro-spinale qui se cachectisait à la crèche, sauvé seulement par les soins persévérants de sa mère. Si cela est utile, on améliorera les conditions hygiéniques du foyer, soit par un départ en banlieue, soit par une installation en habitations à bon marché.

Si c'est une aide matérielle qui est nécessaire, les œuvres d'Assistance maternelles et infantiles seront sollicitées, et l'assistante ne s'estimera pas contente avant la restauration du foyer sur des bases nouvelles et la réunion des parents aux enfants.

TABLEAU N° 4. — **Service social à la crèche.**

Années	Placements totaux	Nourrissons	N. à traiter	Proportion pour 100 placements
1923	36	14		38,8 %
1924	122	88		12
1925	119	78		65,5
1926	94	63		67
1927	128	67		52,5
1928	155	62	1	40
1929	148	81		54,7
1930	165	76	1	46,6
1931	218	86	3	39,4
1932	326	100	3	30,6
1933	323	93	6	28,7
1934	603	75	7	12,4

Observations.

OBSERVATION N° 29

G... Simone, 12 ans. *Diabète.*

Cette grande fille de 12 ans vient consulter pour diabète, en octobre 1932.

Enquête : La mère est veuve (le père est mort de cancer de l'intestin), elle travaille toute la journée, hors de chez elle. C'est une bonne ménagère ; elle habite au centre de Paris, avec sa fille, un logement modeste, mais suffisant. Elle montre d'em-

blée de la bonne volonté et de la compréhension, mais elle a assez peu d'autorité sur sa fille.

Antécédents personnels : celle-ci est née à terme, et n'a eu, pour toute maladie, que rougeole, coqueluche, oreillons et varicelle. Celles-ci sont sans relation apparente avec l'éclosion de son diabète.

C'est en 1931, qu'à l'occasion d'une vulvo-vaginite, on est frappé du mauvais état général de Simone. Celle-ci a maigri considérablement, quoi qu'elle mange et boive beaucoup. Lors du premier examen d'urines, fait à l'Hôpital Necker en février 1932, on trouve 70 gr. de sucre par litre, pour un volume de 5 litres par jour. L'enfant est suivie alors à l'Hôpital Necker, et l'on réussit par simple régime à abaisser la glycosurie à 15 gr.

Mais en juin 1932, la glycosurie s'élevant, Simone est hospitalisée à la Charité, dans le service du Dr Abrami, où un traitement insulinique est entrepris, à la dose de 20 unités journalières. En un mois et demi, l'enfant reprend 1 kgr. 800.

Un examen est pratiqué en octobre 1932, dans le service, il montre un sucre urinaire à 19 gr. 5 et une glycémie de 2 gr. 16.

L'enfant est hospitalisée pour établissement du régime.

L'examen clinique est négatif. La vulvite persiste : dans les pertes vulvaires on trouve quelques lymphocytes de grandes cellules et une quantité de bacilles.

Simone sort le 29 octobre. La dose d'insuline a pu être abaissée de 30 unités au début, à 15.

Revue en décembre, l'enfant a pris 1 kgr. La glycosurie est sensiblement la même, mais la cuti-réaction se montre phlycténulaire avec, sur la radiographie, une image de hilite et périhilite. On porte la dose d'insuline à 20 unités.

L'enfant est dirigée sur la Consultation de retour de cure.

Elle y est revue en février : la glycosurie s'élevant à 58 ‰, on augmente encore l'insuline à 40 unités.

Simone retourne en classe l'après-midi seulement. Elle se plaint de soif et de malaises le matin à jeun. Pourtant elle engraisse.

Sa mère la ramène, en mars 1933, se plaignant de sa conduite ; des écarts de régime ont eu lieu, Mme G... ne peut venir à bout d'elle. L'enfant présente de l'anorexie, les selles sont abondantes et fétides ; il y a eu des malaises et des douleurs abdominales.

Une première hospitalisation doit être faite en mars et la glycosurie redescend à 34 ‰, avec un régime strict. Mais, après sa sortie, on constate une nouvelle reprise et 59 gr. de sucre par litre, en juin. La dose d'insuline est portée à 60 unités, mais le régime n'étant pas respecté, Simone est à nouveau hospita-

lisée, en octobre, puis en décembre, avec des doses de 60 gr. et 70 gr. de sucre par litre.

Après une nouvelle hospitalisation, au mois de février (à l'occasion d'une poussée de rhino-pharyngite), on décide d'envoyer Simone dans un service d'adultes à l'Hôpital Cochin. Celle-ci a, en effet, dépassé l'âge de 15 ans, et le docteur se rend compte n'avoir plus d'autorité sur elle.

Conclusion : Cas social ayant donné beaucoup de mal, et nécessité des secours matériels et moraux fréquents, avec des résultats assez peu encourageants, par suite des difficultés de caractère de l'enfant, sur laquelle la mère eut, de jour en jour, moins d'autorité. Pourtant cette diabétique fut suivie dans le service jusqu'à l'âge adulte et tout accident fut évité, grâce à une surveillance régulière. Le dossier a pu être communiqué par le Service Social à l'Hôpital Cochin.

OBSERVATION N° 30.

C... Bernard, 3 ans. *Asthme*.

Bernard ne connaît pas son père.

Sa mère est jeune ; elle gagne sa vie comme femme de journée. Elle est très digne mais vit isolée, est aigrie.

Cet enfant, bacillaire, a déjà, après un séjour dans le service, au printemps 1932, été envoyé à Brévannes à l'âge de 3 ans. Il en est à peine rentré quand, en décembre de la même année, il est ramené par sa mère, pour crises d'asthme subintrantes.

La cuti-réaction est fortement positive. L'état général tout à fait déficient, avec amaigrissement.

La radiographie donne un flou de tout le poumon droit, avec une réaction juxta-scissurale droite. La mère, découragée, ne veut rien entendre pour le laisser repartir. Elle le garde donc avec elle jusqu'en février 1933.

Avec le traitement, une amélioration légère se produit : les crises sont moins fréquentes. La mère accepte une cure à Saint-Georges-Motel.

Le petit y reste, de février à septembre.

L'état général est excellent et Mme B... est très bien impressionnée lors de la visite qu'elle fait au préventorium.

La radiographie du 14 septembre ne montre plus qu'une séquella de scissurite, avec régression de la zone floue, le parenchyme est nettoyé.

Revu en novembre, Bernard a un peu maigri ; il fait des crises d'asthme par temps de brouillard, mais va en classe et mange bien.

Un séjour de consolidation est fait à la Mouillère en 1934. En

mars 1935, l'état est bon, il n'y a plus de crise d'asthme, mais seulement de fréquentes bronchites.

Une saison à La Bourboule est faite pendant les vacances.

L'enfant est revu en mars 1936. Il fera, cette année encore, une cure à La Bourboule. Il est en bon état. La mère est tout à fait rassurée et confiante.

Conclusion : Cas d'un enfant atteint d'asthme grave, avec crises subintrantes.

Mère seule découragée.

L'enfant est amélioré et la mère reprend courage, après un séjour à Saint-Georges-Motel ; suivi régulièrement il est envoyé en cure à La Bourboule.

OBSERVATION N° 31

P... Janine, 4 ans. *Dilatation bronchique.*

En novembre 1934 est reçue dans le Service une enfant de 4 ans, atteinte de néphrite hématurique. Mais la cutiréaction est positive et la radiographie montre une bande d'opacité homogène à la partie moyenne du champ pulmonaire droit. La régression de l'image se produit en 1 mois 1/2, et l'enfant part en convalescence à Epinay. Elle est de retour dans le Service en mars 1935, pour un nouvel épisode aigu : fièvre à 40°7, avec une récurrence *in situ* : la même bande d'opacité à la partie moyenne à droite. Cette fois l'image est disparue en 10 jours.

Deux mois après, l'enfant tousse et crache, avec une température à 39°, et, à nouveau, un foyer à la partie moyenne à droite, s'accompagnant des mêmes signes radiologiques.

La régression a lieu en l'espace de 10 jours, mais il persiste un triangle d'opacité à base diaphragmatique, dans la région para-cardiaque.

Une injection intra-trachéale de lipiodol, montre des images typiques de dilatations ampulaires, siégeant au niveau de l'angle para-cardiaque droit.

Janine est revue le 5 novembre ; elle tousse encore et l'auscultation révèle quelques sibilants. On fait un traitement par la créosote. Le 26 novembre, l'auscultation est négative.

En mars 1936, une proposition est faite pour La Bourboule.

Conclusion : Dilatation bronchique de diagnostic difficile. Ce dernier ayant été posé dans le Service, on peut, à plusieurs reprises « repêcher » l'enfant hospitalisée et la remettre dans le bon aiguillage. Elle fait des séjours de cure à Epinay et La Bourboule.

OBSERVATION N° 32

B... Jean, 13 ans. *Enfant difficile mis en apprentissage.*

Jean a 13 ans. Il est orphelin de mère et son père ayant fait une évolution pulmonaire contagieuse, il a été placé depuis l'enfance, par l'Œuvre Grancher à la filiale du Mans. Il y était réputé comme caractère difficile. Il s'est, notamment, enfui une fois.

Repris par son père, remarié, à la sortie de l'Œuvre Grancher, il habite une loge malsaine.

Sa belle-mère l'amène à la consultation en juin 1928, se plaignant de son caractère et demandant un placement d'enfant anormal.

Après examen, un tel placement n'est pas jugé opportun. Un envoi provisoire est fait à La Roche où, jusqu'en novembre l'enfant se montre très sage.

Des démarches sont entreprises auprès des Pupilles de la Nation et l'enfant peut être pris en apprentissage à la Ferme de la Folie, à Berck, après examen médical d'admission.

Le départ a lieu en janvier 1929.

La pension est payée par les Pupilles de la Nation.

Entre temps, les parents changent de loge, la nouvelle est moins sombre et moins exiguë. Le retour de Jean a lieu en avril 1930. Il s'est bien plu à Berck et le directeur semble content de lui. Mais placé comme jardinier par le Service social, il fait une nouvelle fugue.

En décembre 1933, il est placé depuis plus d'un an et semble stable, reconnaissant, il envoie souvent de ses nouvelles à l'Assistante sociale.

Conclusion : Placement et mise en apprentissage d'un enfant difficile, orphelin, dont le père est remarié ; malgré plusieurs échecs, il semble que cette fois, il soit stabilisé. Il reste très reconnaissant à l'Assistante qui lui a fait confiance.

OBSERVATION N° 33

F... Robert, 3 mois. *Convalescence de congestion pulmonaire.*

Robert est né à terme, au poids de 4 kgr. Il a été nourri au lait de vache, et à 3 mois, pèse 4 kgr. 700. Il est malade depuis 8 jours. On l'amène pour fièvre et toux. L'examen du 18 décembre constate que c'est un enfant pâle, au nez légèrement ensellé présentant du cranio tabès. Il n'est pas dyspnéique. L'examen pulmonaire révèle, à la base gauche, une submatité avec foyer de râles sous-crépitaux, il y a d'ailleurs, des signes

de bronchite dans les deux champs pulmonaires. Le cœur est normal, le foie légèrement débordant ; la rate palpable, la température à 39° à l'entrée, baisse lentement. La courbe de poids a du mal à reprendre.

Le 11 janvier, l'enfant sera sortant : une enquête s'impose, avant de le rendre à sa famille.

Enquête : Le père, chauffeur, est en chômage depuis 1 an 1/2.

La mère (28 ans) a eu sept grossesses.

Un enfant est mort en bas-âge. Les autres sont bien portants. L'aîné a 9 ans.

Ils habitent à Villejuif, une baraque en planches de 3 pièces.

Un séjour de convalescence à Paul Parquet est décidé.

L'enfant est de retour en avril.

Il est revu à domicile en parfait état : il a augmenté de 2 kgr. 500.

Les parents sont ravis. Ils demandent à l'Assistante qu'on appuie leur demande d'habitations à bon marché.

Cette famille est signalée à l'O. P. M. E. S. de Villejuif, qui fera le nécessaire (1).

Conclusion : Nourrisson envoyé en convalescence de congestion pulmonaire à la Fondation Paul Parquet. Rendu en bon état. Famille nombreuse habitant dans une baraque, orientée sur le service social de Villejuif, pour changement d'habitation.

OBSERVATION N° 34.

L... Madeleine. 1 mois. *Hypotrophie.*

Ce nourrisson de 1 mois, né à l'Hôpital Tenon, au poids de 3 kgr. 250, a été élevé au sein 20 jours, puis sevré, et mis au lait ordinaire. Il entre à la crèche le 17 avril 1936, pesant 3 kgr. 200 : au-dessous de son poids de naissance. Il est très maigre, ne veut rien prendre et vomit fréquemment,

Mis au babeurre, puis au lait concentré, il augmente de 400 gr. en 14 jours.

Enquête : Mais c'est un enfant que le père a abandonné.

La mère, âgée de 22 ans, a déjà perdu deux enfants à la suite de convulsions, de méningite, dit-elle. Un de 20 mois vit encore. Il est traité par des injections de sulfarsénol à la Clinique Baudelocque.

Cette femme est marchande ambulante, elle gagne 10 à 15 fr. par jour, et reçoit une aide de l'Œuvre des enfants secourus.

Fille de marchands forains, elle n'a pas revu sa mère depuis 5 ans.

Elle vivait maritalement avec un ami, père des 4 enfants.

Après l'abandon, elle a été recueillie par un ménage ami. Ce sont des gens misérables, vivant dans une baraque. Le père est au chômage, et la mère est presque aveugle. Il y a de grands enfants.

Il paraît plus sûr de ne rendre la petite qu'en parfait état. Elle fait donc un séjour à Fondation Paul Parquet, et pendant ce temps des démarches sont faites à la Préfecture pour obtenir à Mme L..., qui vend « à la sauvette », une médaille de marchande de quatre saisons, ce qui lui permettra d'arrondir son budget, de reprendre l'enfant sans trop de gêne à son retour de convalescence.

Conclusion : Mère abandonnée, vivant à la charité chez des amis miséreux.

On fait un placement momentané, pendant qu'une autorisation de vendre dans la rue est obtenue à la mère.

OBSERVATION N° 35

B... Huguette, 3 mois. Placement mère et enfant.

Huguette à 3 mois, elle pèse 5 kgr. 200. Elle est amenée à la Crèche parce qu'elle tousse depuis 15 jours.

Cette enfant a déjà fait un séjour de 6 semaines à la Crèche de l'Hôpital Necker, puis au dépôt des Enfants-Assistés. La température est de 37°7.

L'examen clinique ne décèle aucune lésion organique.

C'est la 4^e enfant : 3 bien portants sont chez une grand'mère. La mère est très fatiguée, le père est grand blessé de guerre.

Enquête : Assez difficile, car ce ménage misérable ne reste jamais 15 jours au même endroit et part sans laisser d'adresse. Elle donne ces lamentables précisions : la mère est atteinte depuis 5 ans d'une myopathie pour laquelle elle a été plusieurs fois hospitalisée. Elle ne peut, pas plus que le père, travailler. Ils vivent donc de la pension du père et des secours de l'Assistance obligatoire, et celle-ci leur est refusée, à cause de la récente hospitalisation !

Le père et la mère désirent un placement avec l'enfant.

Celui-ci est envoyé en convalescence à la Fondation Paul Parquet, après une demande de prise en charge au Service des Enfants-Secourus.

Sur la demande faite à Necker pour que l'enfant soit prise en juin à la pouponnière de Montgeron, on apprend que bien des démarches ont été tentées déjà pour placer les deux époux.

On réussit à maintenir Huguette à Paul Parquet jusqu'au

20 mai. Mme B... paraissant décidée, on s'oriente vers un placement familial, mais elle change brusquement d'avis et, sortant de l'hôpital, va s'installer avec l'enfant en hôtel meublé. Elle voudrait, dit-elle, être prise avec celle-ci à l'Asile de Nanterre. Les formalités sont brusquées, étant donnée la situation et l'Infirmière sociale obtient de la Préfecture de Police une entrée d'urgence à Nanterre. Mme B... est prise à domicile avec son enfant et conduite en automobile à Nanterre.

Conclusion. Milieu familial déficient à l'extrême : union de deux infirmes de Bicêtre, incapables de pourvoir à leur propre subsistance.

Placement de la mère et de l'enfant à l'Asile de Nanterre.

OBSERVATION N° 36

Famille B..., 3 enfants, *placement social*.

Mme B..., veuve depuis février 1927, a trois enfants.

Elle habite à Dijon où elle est en ménage avec un ami qui la maltraite.

Affolée, elle veut se suicider avec ses enfants.

Elle quitte Dijon en juin 1929 et arrive avec ses enfants à l'hôpital. C'est alors qu'elle est confiée au Service Social.

Des démarches sont entreprises à la Caisse de Compensation et aux Enfants-Heureux d'Antony, pour faire prendre les enfants. Ceux-ci partent en septembre : le prix de la pension est avancé, mais en novembre Mme B..., rembourse ce qu'on a prêté.

Rentrée dans sa famille, elle épouse un cousin, et ils s'installent, en mars 1931, en banlieue et reprennent les enfants.

Conclusion : Famille tirée momentanément d'affaire par le placement des enfants.

OBSERVATION N° 37

E... Jean et Madeleine, 4 et 5 ans. *Enfants de tuberculeux.*

M. E..., père de Jean et de Madeleine, est soigné à la Pitié, pour fistule tuberculeuse.

On habite dans le V^e arrondissement, une chambre et une cuisine.

La mère est bien portante.

Les 2 enfants sont amenés à la Consultation, parce qu'ils ont été en contact avec le père.

Le 9 février 1935, Jean a une cuti-réaction positive et présente un état sub-fébrile. Madeleine se plaint du ventre, sa cuti-

réaction est phlyctélunaire. L'examen décèle chez elle une zone de condensation pulmonaire. D'ailleurs l'image radiographique est pour tous deux celle d'une tuberculose ganglionnaire évolutive.

Après une brève hospitalisation, ils sont envoyés à Brévannes-Villemin.

A leur retour, en avril, une solution s'offre d'elle-même. Une tante habitant près d'Arcachon peut s'occuper des deux enfants. Le cas est présenté à la Semaine de Bonté, et grâce aux 2.000 fr. alloués par celle-ci, les petits sont conduits et installés là-bas. On reçoit, au mois de mai, d'excellentes nouvelles par le médecin qui les suit.

Sur ces entréfaites, le père étant mort, Mme E... rejoint les siens à Arcachon. Elle écrit en juillet et annonce qu'elle a trouvé du travail comme femme de chambre non logée et loué une maison en forêt dans les environs d'Arcachon. Celle-ci étant vaste, on pourra sous-louer une chambre. La tante reste à tenir la maison et s'occupe des enfants. Mme E... joint une photo des deux petits qui sont en parfait état, et dit toute sa reconnaissance pour l'aide reçue.

Conclusion : M. E..., père de 2 enfants, tuberculeux, est mourant quand le Service Social prend la famille en charge. Pendant que la mère reste auprès de lui, les enfants, tuberculisés, peuvent être envoyés, par les soins du Service Social, à Brévannes, puis à Arcachon, près d'une tante.

La mère les y rejoint définitivement.

OBSERVATION N° 38

Famille H. G... Prise en charge complète d'un enfant pendant plusieurs années.

En novembre 1924, un enfant de 16 mois, traité pour coqueluche dans le Service, doit être envoyé en convalescence à la *Fondation Paul-Parquet*.

L'enquête apprend que la mère, hospitalisée à Tenon, est enceinte.

Un autre enfant, Lucien (2 ans 1/2), est en nourrice à Aulnay-sous-Bois. La nourrice, Mme R..., raconte que les parents ayant cessé tout paiement depuis juin, elle a tenté en août, de rendre l'enfant, mais s'est laissée fléchir par les supplications de Lucien qu'elle adore, et les promesses des parents.

Mais depuis, ces derniers sont partis sans laisser d'adresse et ce n'est qu'en novembre, après des démarches à la Préfecture, qu'elle a retrouvé la mère : Mme G..., malade, devait entrer à l'hôpital, et n'a, bien entendu, rien payé.

Quant au père, charpentier au P. L. M., il n'a pas reconnu les enfants. Au retour d'un séjour de convalescence au Vésinet, Mme G..., ne le retrouve pas.

On fait donc prolonger le séjour à Paul-Parquet, tandis que les mensualités de la nourrice sont versées par le Service Social de Trousseau.

Mme G..., placée 2 fois sans succès, échoue à l'Hôpital Saint-Louis, où le Service Social prend à son tour la famille en charge : un placement de convalescence est assuré à la mère, le petit René est envoyé à Montgeron, un secours est obtenu pour les frais de nourrice, mais d'une façon très momentanée.

Au début de 1925, M. G... donne signe de vie : il est incorporé dans un régiment à Orléans : déserteur à la fin de la guerre, il a profité de la loi d'amnistie pour terminer son engagement de 3 ans.

Le Service Social fait des démarches auprès du colonel, qui le fait ramener au Mont-Valérien.

M. G..., reconnaît alors ses enfants, mais comme il déserte 3 fois, sa libération est reculée jusqu'en août 1927.

Dans l'intervalle 2 enfants sont nés, dont l'une est morte de rougeole.

Mais voilà que Lucien, toujours en nourrice, perd la vue. Il s'agit d'une kératite syphilitique, et la brave Mme R..., qui tient de plus en plus à lui, doit l'amener d'Aulnay, au traitement à Trousseau, ce qu'elle fait, d'ailleurs, très régulièrement.

En août 1927, le père étant enfin libéré, les 2 derniers enfants sont repris : on essaie de s'installer en hôtel meublé. Mais c'est la misère noire, le père ne travaille pas, il n'y a pas de quoi manger. La mère, épuisée, nourrit le dernier-né pour qu'il ne meure pas de faim ; elle se prostitue, encouragée dit-elle par son mari, pour avoir quelque argent.

Robert (le plus jeune), est envoyé à Paul-Parquet, en très mauvais état.

La mère R..., fatiguée, ne pouvant plus s'occuper du traitement du petit Lucien, celui-ci est placé à La Roche, puis à Garches, où il continue à être traité. Les époux R... vont le voir régulièrement et réclament qu'il leur soit rendu au retour.

Avec l'Aide du Service Social du Moulin-Vert, les H... s'installent à Villeparisis, mais, à la suite d'un accouchement à Saint-Antoine, le père disparaît à nouveau. Les petits sont mis au Dépôt, et Robert y meurt.

Sous le coup de ce chagrin, le père revient, repentant. Il se réconcilie avec la famille.

Le dernier-né meurt en 1929.

Au mois de juin de la même année, les parents nourriciers

de Lucien, quittent Aulnay-sous-Bois pour l'Aveyron; emmèneront-ils l'enfant ? Après bien des hésitations, l'Assistante sociale ne le leur conseille pas : M. R..., malade, ne peut travailler, que feraient-ils d'une charge pareille ?

Ils partent donc seuls, et Lucien est rendu à sa famille. De là-bas, ils écrivent inquiets, pour avoir des nouvelles, ils veulent recevoir Lucien aux vacances.

Des essais infructueux sont faits de Trousseau et de Saint-Louis, pour ramener la famille H... au traitement : on doit y renoncer. Ils changent toujours de domicile.

Pourtant, en octobre 1936, la mère revient à Trousseau.

Le père nourricier est mort, et ç'a été un véritable chagrin pour la famille H... Lucien qui a 14 ans 1/2 va entrer en apprentissage payé ; il garde une grande affection à sa nourrice, à laquelle il écrit régulièrement et compte employer ses premières économies à aller la voir.

Conclusion : Famille de vagabonds, attachante malgré ses vices, impossible à fixer, mais ayant conservé à travers toutes les turpitudes, son unité. La besogne sociale, si inutile qu'elle ait pu paraître à certains moments, a sûrement servi.

OBSERVATION N° 39

Famille H... *Placements de prudence vis-à-vis d'un père dangereux.*

Le 20 juillet 1930, Mme H... et ses 3 enfants sont hospitalisés à Trousseau, sur la demande du Directeur de l'Hôpital Saint-Antoine.

Leur histoire est la suivante :

La mère, relevant de maladie, sortait de l'hôpital en même temps que ses enfants du Dépôt, mais le père alcoolique est venu leur faire une scène de menaces, à la suite de laquelle il a fallu soustraire mère et enfants, en les envoyant à Trousseau.

Mlle Perrotte, arrivant le lendemain, les trouve tous quatre installés dans 2 chambres de la Crèche. Le Directeur la met en face du fait, en lui demandant une rapide solution. Les 2 plus jeunes sont dirigés sur l'Asile Pauline Rolland, ainsi que la mère, qui prend un nom d'emprunt, pour détourner les recherches du père.

L'aîné, René, est envoyé à la Roche-Guyon. L'été passe dans ces conditions. Mme H... écrit alors, suppliant, qu'on trouve du travail pour son fils aîné auquel les événements familiaux ont fait perdre sa dernière place.

Des démarches nombreuses sont faites pour lui procurer, tra-

vail, pension et logement. Elles réussissent, grâce à la collaboration de la J. O. C. et du Réfectoire du P. L. M.

M. H... est mis à la Maison d'arrêt de Pontoise, sous l'inculpation de meurtre et vol. Sa femme, dès qu'elle l'apprend, court le voir et se reproche de l'avoir abandonné et laissé à de mauvaises compagnies. Ils forment le projet d'aller s'installer en banlieue : la santé des enfants s'en trouverait bien, le mari occuperait ses loisirs au jardinage.

M. H... étant libéré et innocenté, trouve du travail. Et l'on s'installe en décembre à Villepinte, dans un logement neuf.

René y rejoint sa famille, en continuant à travailler à Paris. Malheureusement, c'est la mauvaise saison : la cour est transformée en marécage et il y a de l'eau dans les pièces du rez-de-chaussée. On est peu chauffé, mais Mme H... se console en voyant la santé de son petit s'améliorer. Elle prend un pensionnaire et tout semble bien aller, tout au moins d'après les nouvelles données par René, de temps en temps.

Mais en décembre 1932, M. H... fait une lésion pulmonaire. On doit placer les enfants.

Le plus jeune meurt des suites d'une piqûre à Salbris.

La famille change de demeure et occupe un petit pavillon, bien tenu.

René, fatigué par les allées et venues, est placé dans une pension de famille à proximité de son travail. Quant à Mme H..., elle cherche une place : le Service Social lui en trouve une au sanatorium de Villepinte comme infirmière.

Mais en octobre, elle doit quitter son domicile et se réfugier à nouveau à l'Asile Pauline Rolland. En effet, le mari placé par le dispensaire au sanatorium de la Buccaille s'est évadé !... On fait des démarches au Préventorium de la Queue des Yvelines où est placé un enfant, pour qu'il ne soit pas rendu au père.

René, qui a maintenant 18 ans, est fiancé. Il s'est embarqué à La Rochelle, sur un bateau de marine marchande.

En novembre 1933, au cours d'une visite qui lui est faite à l'Asile P. R., Mme H... demande du travail à l'Assistante. Grâce aux efforts du Service Social, elle entre à l'Hôpital de Bon-Secours, qu'elle quitte en avril, pour une place à Asnières.

Conclusion : Milieu déplorable. Père emporté dangereux, dont il fallut garder la mère et les enfants, ce qui fut fait pendant près de 4 ans. Ceux-ci trouvèrent, par le Service Social, travail, aide et réconfort.

Après un second essai de vie commune, la mère continue à se cacher et les membres de la famille sont encore actuellement placés en divers endroits.

OBSERVATION N° 40

V... Josette, 19 mois. *Orpheline de tuberculeuse.*

Cette enfant entrée dans le Service le 6 septembre 1936, tousse un peu et a vomi. La température est à 39°7. Il y a de la polypnée.

A l'examen, foyer congestif du sommet droit, donnant un triangle d'opacité, à base hilare sur le film radiographique.

La température tombe à 37° en 3 jours.

La cuti-réaction est négative.

Enquête : Les renseignements indiquant « mère fatiguée », on fait une enquête, qui apprend que Mme V... âgée de 22 ans, et fille de salle de restaurant est actuellement malade. Elle a reçu du dispensaire, qui nous en avertit, un bon d'hospitalisation.

Des démarches sont faites à l'Hôpital Tenon, mais Mme V... n'y est pas encore entrée : on est tenu au courant par le Service Social de l'Hôpital Tenon.

Le 21 septembre, Mme V... est conduite, très fatiguée, par une voisine à l'hôpital. Elle est vue le 22 par l'Assistante ; elle semble raisonnable, mais à toute extrémité. Elle confie à la visiteuse qu'elle est fâchée avec sa famille, qui ignore même la naissance de Josette : elle lui remet une autorisation de placement.

A la suite d'une première hospitalisation de la mère à Claude-Bernard (où l'examen des crachats a été positif), l'enfant avait été placée, mais a été reprise le 1^{er} août par sa mère.

Une visite est faite à domicile où la concierge confirme les dires de Mme V... : c'est une brave femme qui s'intéresse à la mère et à l'enfant. Des démarches sont entreprises à l'Œuvre Grancher pour faire prendre Josette en tutelle.

Plusieurs visites sont faites à la mère, toujours très fatiguée. Elle signe l'engagement, et l'enfant doit partir le 13 octobre dans une famille en Loir-et-Cher, quoique le dossier ne soit pas encore tout à fait complet.

Mais le 11 octobre, la petite fait une grave congestion pleuro-pulmonaire de la base droite, avec 41° de fièvre pendant plusieurs jours. On est très inquiet, mais tout rentre dans l'ordre.

Mme V... est décédée dans l'intervalle à l'Œuvre de la Bonne-Mort.

Une visite est faite à la directrice de la Maison ; par elle l'Assistante est mise en rapports avec la famille. Les frères et sœurs de la morte promettent de parler de Josette aux parents. La concierge sympathique est venue à l'inhumation. En somme, la subsistance de la petite semble assurée par l'Œuvre Grancher, tandis qu'un milieu d'intérêt a été créé autour de l'orpheline.

Mais, à l'annonce du décès de la mère, l'Assistance Publique déclare l'enfant prise en tutelle par l'Assistance. Il est impossible de retourner en arrière, car le dossier n'était pas complet. (Il y manquait encore l'autorisation de l'Assistance Publique.) Il s'agit, maintenant, d'obtenir de la famille qu'elle fasse une simple demande de tutelle au Tribunal d'enfants, puisque c'est une enfant illégitime. Josette pourra ensuite être placée comme il était convenu. Elle est momentanément envoyée en convalescence à la Fondation Paul Parquet.

Conclusion : Enfant illégitime d'une mère tuberculeuse, qui devait être placée du vivant de sa mère, à l'Œuvre Grancher, alors même qu'un milieu de sympathie avait été soigneusement réuni autour d'elle.

Difficulté momentanée à cause de la mort de la mère.

OBSERVATION N° 43

L... Roland, 4 mois. *Placement avec la mère au Centre Maternel et Infantile.*

Il entre à la Crèche le 2 juillet 1936, envoyé par le Dispensaire de Ménilmontant. Il présente depuis plusieurs jours de la diarrhée ; il est dans un tel état de déshydratation qu'on doit lui faire une transfusion d'urgence. On découvre chez lui une colibacillose pour laquelle il est traité pendant 2 mois. Il sort enfin le 27 août en bon état, mais 24 h. après il est ramené avec une perte de poids de 400 gr. et couvert de poux.

Enquête : Mme L... est seule. Toute jeune, de santé précaire, elle habite rue de Ménilmontant. Vendeuse, elle est en chômage et reçoit actuellement 119 fr. par quinzaine.

On cherche donc à lui trouver une occupation en même temps qu'une place pour l'enfant. L'Assistante sociale écrit dans ce sens au Centre Maternel et Infantile de Linselles pour obtenir que la mère et l'enfant y soient reçus. Une place est justement vacante. Un billet de demi-tarif est obtenu et le 19 septembre Mme L... et son bébé se rendent à Tourcoing pour la mise en observation.

Cette dernière écrit le 21 pour annoncer qu'elle est installée avec son enfant et contente de son sort.

Conclusion : Fille-Mère en chômage, placée avec son enfant, comme aide dans une pouponnière.

OBSERVATION N° 44.

B... Mireille, 10 mois. *Adoption.*

Mireille est apportée à la Crèche de Trousseau le 12 mai 1923, par une infirmière de l'Hôpital Tenon où la mère vient de mourir d'infection gonococcique. Elle présente quelques signes de bronchite et un écoulement de l'oreille gauche. La cuti-réaction et le Bordet-Wassermann sont négatifs.

L'enquête à domicile nous apprend que Mme B..., séparée de son mari des années auparavant, vivait depuis 2 ans avec un ami. Elle avait deux enfants, un garçon de 5 ans, René, et la petite Mireille.

Cette pauvre femme a pris soin avant de mourir de confier son fils à une personne amie, Mme D..., par un acte signé du Directeur de Tenon, de plusieurs témoins et d'elle-même. Elle est malheureusement morte avant d'avoir pu régler le sort de Mireille.

Une visite est faite à Mme D... Cette femme très dévouée habite un intérieur ouvrier confortable. Elle procure les papiers de famille ainsi qu'une lettre de la tante des enfants qui refuse d'en prendre la charge. On obtient d'elle également quelques indications sur un oncle et une tante.

René est actuellement placé à l'Asile Lebaudy, avenue de Choisy. Le 7 juin, on obtient de l'Assistance Publique qu'en considération de la pièce établissant la confiance de la mère en Mme D... cette dernière pourra reprendre Mireille après la guérison.

L'oncle et la tante découverts se désintéressent des enfants.

Le 27 juin le Service Social sollicite avec succès, au vestiaire de la rue Serpente, l'obtention d'un trousseau pour Mireille : draps, couvertures, linge, tricots, chaussons... et grâce à un don généreux, Mireille peut en juillet être mise en placement familial à Longueau (Centre de la Nouvelle Etoile).

De bonnes nouvelles sont reçues dès le mois d'août et ensuite : Mireille se fortifie et prend du poids. Son oreille a cessé de couler. Les mensualités sont toujours généreusement offertes. Un nouvel envoi de vêtements doit être fait en novembre.

Après un premier essai d'adoption infructueux, de nouvelles démarches sont faites auprès de l'Œuvre des Petites Familles. L'adoption étant acceptée, on recourt à la dévouée Mme D... pour ramener Mireille à Longueau et l'Assistante la conduit elle-même et la remet à Mlle Z... sa nouvelle maman, qui l'accueille avec joie.

Quant à René, il a été recueilli à sa sortie de l'hôpital par

Mme D... Il est conduit en septembre à l'Hôpital Saint-Louis pour traitement de teigne, puis placé, dans un orphelinat, par les soins de Mme D...

On a toujours des nouvelles de Mireille. On a craint beaucoup pour elle : cette petite présentait de fâcheuses tendances à la coquetterie, au mensonge et même au larcin, contre lesquelles sa mère adoptive a lutté comme si Mireille avait été sa propre fille.

Des nouvelles sont reçues tous les ans à Noël. En décembre dernier tout semblait aller bien et Mireille était heureuse et presque sage.

Conclusion : Adoption d'une enfant illégitime, laissée seule au monde par la mort de sa mère, réalisée par le Service Social, après une mise en observation d'un an. Un autre enfant pris par une amie de la mère a été également suivi et aidé.

Conclusions.

Le Service Social à l'Hôpital, complément nécessaire des services de Médecine générale, s'est révélé indispensable en médecine infantile. En effet, l'enfant trop souvent privé de ses protecteurs naturels, se trouve seul en face de la maladie. Il doit être soutenu et conduit jusqu'à la guérison par l'Assistante sociale, collaboratrice du médecin.

Elle le fera au moyen de l'enquête sociale, du placement et de la surveillance de cure, réalisés par les visites à domicile, la correspondance et les convocations.

1°. — *En tuberculose infantile* la pratique courante de la cuti-réaction et de la radiographie est la base du dépistage. Par l'enquête à domicile l'Assistante découvre l'agent contaminateur, qui est alors traité pour lui-même et séparé du petit malade, pour éviter la surinfection. Elle amène dans le service les frères et sœurs de l'enfant tuberculisé, faisant ainsi le bilan des contaminations, ce qui permet de prendre toute mesure prophylactique.

L'enfant malade est traité dans un établissement de cure, ou remis à ses parents, en conséquence des données cliniques et de l'enquête sociale et sur les démarches du Service Social à l'Hôpital. Il est ensuite régulièrement suivi à la Consultation de retour de cure et, selon les résultats obtenus, à cette première cure peut succéder une période de surveillance moins stricte ou de reprise de la vie normale, sous le contrôle d'examens réguliers. Cette surveillance n'a pu être réalisée que par l'intermédiaire du Service Social qui doit à tout moment ramener les enfants à l'hôpital.

C'est grâce à ce Service de « suites » (le Follow-up amé-

ricain), que tout danger peut être écarté pour le petit bacillaire, en particulier après les maladies infectieuses et à la crise pubertaire. L'Assistante sociale aide aussi à l'orientation professionnelle.

2° *La prophylaxie antisypilitique* comporte nécessairement une enquête familiale : celle-ci permet en général de découvrir une syphilis paternelle ou maternelle, méconnue ou insuffisamment traitée.

La mise en traitement simultanée de la mère et des enfants (amenés tous à la consultation) permet la centralisation en même temps qu'elle offre des possibilités de contrôle très appréciables. Le traitement est parfois assuré dans un dispensaire ou par un médecin de ville, mais toujours sur les directives de la Consultation spéciale de syphilis congénitale. Par la mise en traitement de la mère à chaque grossesse et l'examen systématique des nouveau-nés, on a réalisé dans le service la méthode préventive réclamée depuis longtemps par les syphiligraphes : ces résultats sont dus aux efforts persévérants du Service Social ;

3° *Pour le nourrisson*, l'hospitalisation peut souvent être évitée grâce au Service Social, par une éducation de la mère et une surveillance à domicile des régimes et traitements. Si l'hospitalisation est inévitable, l'A. S. essaiera par un placement d'en abréger la durée.

Elle s'efforcera aussi de favoriser l'allaitement maternel et recommandera aux mères la fréquentation des consultations de nourrissons.

L'enfant convalescent doit souvent être envoyé en pouponnière et orienté à son retour sur une crèche offrant de sérieuses garanties, ou placé à la campagne dans un centre de placement familial surveillé. Ceci, bien entendu, suivant les données de l'enquête à domicile et dans la mesure où l'enfant ne peut être repris par ses parents.

4° Mais l'action sanitaire de l'Assistante sociale se double d'une *action sociale* : par elle, des secours sont obtenus à

la fille-mère, des vêtements à l'enfant pauvre, du travail au père en chômage, une habitation pour la famille nombreuse.

Il est à remarquer qu'en tout cela l'Assistante n'agit qu'indirectement (l'aumône n'est pas dans les principes du Service Social à l'hôpital); elle se contente de mettre les familles à secourir en mesure de bénéficier des institutions charitables et des dispositions légales existantes.

5° *Rôle moral.* Enfin il est constant qu'au passage de l'Assistante sociale, un courant de confiance et d'espoir renaît, des efforts de relèvement soient opérés. Car son indulgente bonté attire toutes les confidences et d'elle on attend un conseil élevé et judicieux. La mère indifférente sera touchée de cet effort sincère pour l'amener à la compréhension de son devoir et lui en faciliter l'exécution. Dans tous les cas l'Assistante a particulièrement à cœur de restaurer le foyer sain et uni si favorable à l'épanouissement des enfants.

6° *Rôle scientifique.* — L'Assistante sociale est pour le service médical une collaboratrice infiniment précieuse : elle complète les observations cliniques par une étude des faits pathologiques « sur place » dans le milieu.

Elle prolonge la surveillance à domicile et par les enquêtes à longue échéance permet des conclusions définitives dans chaque cas. Des traitements délicats peuvent être alors poursuivis à domicile. Enfin des enquêtes d'ensemble et des statistiques générales fournissent la base de recherches scientifiques particulièrement intéressantes et utiles au double point de vue prophylactique et thérapeutique.

Par-dessus tout, l'Assistante, avec son cœur de femme, s'attachera à l'enfant qui lui est confié : pour lui, aucun effort, aucune démarche ne coûte, elle fonde sur lui ses espoirs !

Elle le veut plus robuste et plus fort, pour affronter les difficultés de la vie. Elle le veut préparé par un bon apprentissage à un labeur honnête et rémunérateur.

Elle l'écarte avec soin des milieux corrupteurs ; l'amitié et la confiance dont elle l'honore, le soutiennent et l'obligent à mieux faire.

En un mot, elle veut sauver l'enfant physiquement et moralement.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse,
LEREBoullet.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BAKER (E. M.). — Medical social worker is interpreter between patient and hospital. *Mod. Hosp.*, 42 ; 65-68, janvier 1934.
- BECKLEY (H.). — Hospitals Present and future trends in medical social work. *Hosp. Management*, 40 ; 18-19, 15 Jul. 1935.
- How to organize social service department. *Mod. Hosp.*, 44 ; 58-60, janv. 1935.
- BECKLEY (H.) et GAUS (J. R.). — How advisory committee on social service may aid hospital. *Mod. Hosp.*, 43 ; 47-49, July 1934.
- CABOT (R.-C.). — Essais de Médecine sociale, 1919.
- Hospital as social institution. *Nosokomeion*, 3 ; 218-221, 1932.
- Report on principles of hospital social service. *Nosokomeion*, 4 ; 388-396, 1933.
- CHODZKO (W.). — Le service social des Hôp. *Bull. office internat. d'hyg. publ.*, 24 ; 984-999, juin 1932.
- FERGUSON (G. B.). — Value and scope of medical social service work in hospital. *Bull. Am. coll. surgeons*, 17 ; 26-32, mars 1933.
- FOSSEYEU (M.). — Les développements du service social à l'hôpital. *Paris Médical supplément*, 2 ; 436-440, 20 novembre 1926.
- GETTING (M^{me} G.). — L'organisation du service social des hôpitaux en France. *Nosokomeion*, 4 ; 114-119, 1933.
- GRANT (I.). — Social work in general hospital. *M. Bull. Vet. Admin.*, 8 ; 410-418, mai 1932.
- GUINON (Louis). — Le service social dans les hôpitaux. *Revue de Phtisiologie*, nov.-déc. 1932.
- JANIN (E.). — Fonctionnement du service social à l'hôpital. Thèse de Paris, 1929, n° 14.
- JEANNENEY (G.). — Le service social des hôpitaux. *Rev. Philanthrop.*, 49 ; 757-764, 15 nov. 1929.

- JENNINGS (B. S.). — How hospitals are meeting social problems of depression. *Mod. Hosp.*, 42 ; 87-90, mai 1934.
- JORGE (J. M.). — Importancia de la visitadora de higiene y de la asistencia social en los servicios de clinica quirurgica. *Semana med.*, I ; 1728-1730, 9 juin 1932.
- De l'importance du rôle des visiteurs d'hygiène et des assistantes sociales dans les services de chirurgie. *La Prensa medical argentina*, XXIX, n° 3, 30 juin 1932.
- El servicio social en la clinica quirurgica del hospital. *Semana med.*, I ; 853-861, 22 mars 1934.
- KILLAM (M. W.). — State hospital social work in Massachusetts. *Bull. Massachusetts Dep. ment. Dis.*, 17 ; 17-21, oct. 1933.
- KREBS JAPY (M^{me}). — L'infirmière dans les professions féminines, 1931.
- Le service social à l'hôpital. Thèse Paris, 1923.
- LEREBoullet (P.). — Le service social à l'hôpital, résultats de l'année 1928. *La Vie médicale*, n° 7, 10 avril 1929, p. 381.
- LIGORIS (E.). — Per un pin efficiente ordinamento dell' assistenza ospedaliera. *Riv. Osped.*, 24 ; 42-61, janv. 1934.
- LOUSTE. — Le service social. *L'Hygiène sociale*, n° 98, 10 mai 1933.
- MULLER (Mc). — Le service social dans les hôpitaux. Rôle de l'hôpital dans l'hygiène sociale. *Office intern. d'hyg. publ.*, t. XXV, gasv. IV, avril 1933.
- MORRIS (I.). — Tested medical social service plan for hospital and out patient admissions. *Hosp. Progr.*, 14 ; 438-439, nov. 1933.
- NAGEOTTE-WILBOUCHEVITCH. — Le service social à l'hôpital, nov. 1913.
- NERLOVE (E. A.). — Certain considerations regarding use of forms in medical social case regarding. *Bull. am. Hosp.*, 2 ; 9 ; 160-166, avril 1935.
- TULLMANN (A.). — Neue Aufgaben des Fursorgedienstes im Krankenhaus. *Zeitsch. d. f. ges. Krankenhausw.*, p. 178-180, 17 avril 1934.
- WEIDNER (E. M.). — Résumé of surgical social service. *J. Amer. Inst. Homeop.*, 25 ; 313-314, mars 1932.
- WILSON (L. R.). — Social service financial asset to hospital. *Bull. Am. Hosp. A.*, 8 ; 73-76, July 1934.
- ZWANCK (Alberto) y SAUL I BETONOTTI. — El servicio social en el hospital. *Revista de especialidades noviembre*, 1929, n° 7, p. 1780-1790.

Centres de Placements.

Avertissement.

Dans cette courte liste de placements, nous nous excusons d'être très incomplète. Nous ne prétendons pas donner une nomenclature de tous les placements accessibles, mais seulement indiquer ceux qui sont le plus usités dans le service et nous ont été les plus précieux. Signalons d'ailleurs que certains placements qui ont pu être parfaits il y a quelques années, sont actuellement médiocres : changement de direction ? difficultés matérielles ?... et que nous ne prenons aucune responsabilité quant à ceux que nous jugeons excellents pour le moment (1).

Les placements qui sont réalisés par le Service Social, le sont par l'intermédiaire d'organisations existantes dont nous donnons le nom vis-à-vis de chaque placement. Ce sont l'*Assistance Publique*, qui possède en propre certains Centres et envoie dans des établissements privés.

L'*Office d'Hygiène* : place elle-même les petites malades qui lui sont envoyés avec une indication médicale. Elle a quelques placements (dont elle ne donne pas la liste) et place dans des maisons de cure particulières.

Des organismes semi-industriels tels que Mutuelles, Caisse de Compensation, Assurances Sociales, Grandes Compagnies de Chemins de fer, peuvent également pourvoir à des placements et ceci par collaboration de leur propre Service Social avec le Service Social à l'hôpital.

Un certain nombre de placements enfin sont dus à des initiatives charitables particulières avec lesquelles l'Assistante entre directement en rapport.

(1) Voir dans la liste : les noms marqués en caractères gras indiquent les maisons qui nous ont donné toute satisfaction.

SÉJOURS POUR ENFANTS MALADES

Séjours de Plaine.

I. — TYPE PRÉVENTORIUM.

Appartenant à l'Assistance Publique.

Forges (Seine-et Oise).

2 sections.

Crèche à partir de 18 mois.

Grands : garçons et filles jusqu'à 15 ans.

Cuti + Cuti 0 mélangés. Pas de cure de repos.

Seulement pour Assistance Publique.

Privés.

Deux Préventorium Maurice Violette,

Arrangement direct avec A. S., A. M. G.

L'Assistance Publique n'y envoie pas d'enfants, mais accepte de prendre en charge quand parents ne peuvent plus payer 15 fr. par jour.

Flavigny, Office d'Hygiène Sociale de Meurthe-et-Moselle.

Bien tenu par des religieuses..... 11 fr. par jour..

Préventorium Lozérien, à Antrenas, près Marvejols.

Enfant de 3 à 13 ans. Sœurs de Saint-Vincent de Paul.

Secrétariat : 19, avenue Rapp, à Paris.. 14 fr. par jour..

Le Prelot, par Champlitte (Haute-Saône).

Garçons âge scolaire.

Enfants peu nombreux..... 16 fr. par jour.

Maison Familiale de la Queue-des-Yvelines (Seine-et-Oise). U. F.F.

Secrétariat Social, 10, rue Alfred-de-Vigny, à Paris.

10 fr. par jour..

Saint-Georges-Mortel, près de Dreux (Eure).

Enfants de 1 à 4 ans.

Surveillance médicale.

Prend cuti + et cuti séparément.

Comporte une école de nurses-éducatrices.

16 à 25 fr. par jour.

Par l'Office d'Hygiène : l'office se charge des placements soit dans établissements propres.

Glandier.

Yères (Seine-et-Oise), soit dans établissements privés.

II. — TYPE SANATORIUM.

Villiers, appartenant à l'Œuvre des Enfants tuberculeux ; l'O. P. H. S. y dispose de 125 lits pour garçons.

Ormesson, même Œuvre ; une cinquantaine de lits pour filles.

Villepinte, appartenant à l'Œuvre de Villepinte rue de Maubeuge, reçoit fillettes et jeunes filles tuberculeuses ; l'O. P. H. S. y dispose d'une vingtaine de lits.

L'Œuvre de Villepinte comporte en outre des centres à *Champrosay, Epernay, Hyères, Le Pradel.*

Cure d'altitude.

L'A. P. et l'O. P. H. S. ont des lits à :

Roc des Fiz (Haute-Savoie), Œuvre des Villages Sanatoria, 2, rue de Lincoln, à Paris.

Altitude 1.240 m.

Garçons et filles de 6 à 14 ans..... 23 fr. par jour.

Briançon, « Les Neiges » (Hautes-Alpes) ; accord avec les Assurances Sociales depuis..... 30 fr. par jour.

Privés.

Argonnex, près Annecy (Haute-Savoie), altitude 550 m. A. M G.

Garçons et filles de 7 à 14 ans..... 15 et 18 fr. par jour.

Chamalières, près Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). Altitude 500 m.

Garçons et filles de 6 à 14 ans. Pas de fébricitants. Pas de suppurations..... 16 fr. par jour.

Chavaniac, Chavaniac Lafayette (Haute-Loire). Altitude 750 m.

Garçons : 6 à 16 ans.

Filles : 6 à 17 ans.

Scoutisme.

Jardin d'enfants.

Instruction, école ménagère.

15 fr. et 18 fr. séjour cure et vacances.

Secrétariat : 30, rue Washington, Paris, VIII^e.

Mégève (Haute-Savoie). Altitude 1.113 m.

1^o Châlet Saint-André : petits garçons ;

2^o Châlet Christomet : jeunes gens ;

4^o Châlet Rochebrune : jeunes filles.

Arrangement avec Assurances Sociales.

25 fr. et 30 fr. par jour.

Trousseau et voyage en plus.

Œuvre : « Le Repos à la Montagne », 14, rue Georgette-Agutte, Paris XVIII^e.

Palente près Besançon (Doubs) ouvert toute l'année, garde les enfants 6 à 10 mois.

Surveillance médicale..... 15 fr. par jour.

Cure héliomarine.

1^o ASSISTANCE PUBLIQUE.

Berck. Osseux. Accepte fistulisés immobilisés, au-dessus de l'âge de 4 ans.

Hendaye. Lymphatiques ganglionnaires sans fistule.

Accepte cuti positives âge scolaire.

Filles et garçons.

Excellente hygiène.

San-Salvador. Tuberculeux osseux, de préférence âge précédant Berck : mais prend enfants de 18 mois à 8 ans.

Enfants rachitiques et débilités.

Cuti + sans signes d'évolution pulmonaire.

2^o PRIVÉS où l'Assistance Publique a des lits.

Arbonne (entre Arbonne et Biarritz).

Filles âge scolaire.

Traitement antisiphilitique assuré. 8 et 10 fr. par jour.

Secrétariat : 4, rue Descamps, à Paris.

Paiement direct ou avec Assurances Sociales.

Au-dessous de 20 fr. par jour.

Banyuls et Saint-Trojan. Secrétariat : 62, rue de Miromesnil, à Paris.

Cannes Préventorium spécialisé pour péritonites tuberculeuses.
Adresse: 2, rue de Fréjus, à Cannes.

Odeillo (Pyrénées-Orientales).
Altitude de 1.800 m.
Osseux. Quelquefois pleurésie.

Roscoff. Dépendant de l'œuvre des « Petits lits blancs ».
Osseux.
Garçons et filles, âge scolaire.
Secrétariat: 22, rue Jacob, Paris.

3^o ETABLISSEMENTS PRIVÉS.

Arès. Bassin d'Arcachon. Filles et garçons de 4 à 10 ans.
Filles jusqu'à 16 ans.
Pavillon de malades à l'hospice d'Arès.
Inscriptions: 6, rue de Pétrograd, à Paris. 11 fr. par jour.

Andernos-les-Bains, Bassin d'Arcachon. Filles et garçons de
3 à 12 ans.
Agrée par les caisses A. S. et A. M. G.
Laïc.
Surveillance médicale..... 15 fr. par jour.

Grasses (Alpes-Maritimes). Préventorium Sainte-Brigitte.
* Affilié aux S. S. B. M.
Filles 8 à 18 ans..... 16 fr. par jour.

Gradignan. Solarium de Gradignan, près de Bordeaux.
Reçoit les garçons de 3 à 12 ans.
Reçoit les filles de 3 à 15 ans.
Agrée par les Assurances Sociales..... 12 fr. par jour.

Le Moulleau, près Arcachon. Direction protestante.
Reçoit filles de 3 à 15 ans.
Garçons de 3 à 12 ans.
Comporte une colonie de vacances..... 13 fr. par jour.

Montchic. Préventorium A. D. F. Lacanan (Gironde). Mer
douce.
Garçons de 30 mois à 10 ans.
Filles jusqu'à 15 ans.
Classes.
Assurances Sociales..... 13 fr. par jour.

Nid Marin (Hendaye), affilié U. F. F.
Garçons et filles.
Secrétariat: 102, boul. Malesherbes, à Paris. 10 fr. par jour.

Saint-Martin-de-Ré, Préventorium Louise de Bettignies,
Ile de Ré (Charente-Inférieure).

Filles de 8 à 25 ans. Garçons de 3 à 7 ans.

Colonie de vacances..... 10 fr. par jour.

Préventorium..... 10 fr., 12 fr. et 15 fr. par jour.

Les *Enfants heureux* disposent de :

Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados), dépendant de « La Charité
Maternelle ».

Garçons de 4 à 15 ans..... 12 fr. par jour.

A *Saint-Aubin-sur-Mer* également :

Préventorium de Madet. Peut recevoir incontinents, traitement
antisiphilitique assuré..... 15 fr.

Cure thermale.

AP et AMG.

Le Bourboule, ouvert de mai à octobre.

Hospice thermal Guillaume Lacoste, gardant les enfants
3 semaines (le temps de la cure).

20 fr. + 200 fr. de cure.

La Mouillère de Lons-le-Saulnier, cure complétée par séjour
aux Rousses..... 12 fr.

La Mouillère de Besançon, cure saline surveillée. Brégilles et
Super-Brégilles..... 15 à 20 fr. par jour.

Par *Association générale des Camps de vacances*, Secrétariat :
12, avenue du Maine, à Paris. Séjours de campement dans
tentes ou baraquements à :

Luchon.

Eaux-Bonnes.

Mont-Dore.

8 fr. et 9 fr. par jour. Frais médicaux et Cure en sus.

SÉJOURS POUR ENFANTS SAINS

ASSISTANCE PUBLIQUE.

Type colonie de vacances gratuites.

Mont Saint-Aignan, près de Rouen.

Cercamps.

La Roche. Garçons. Appartenant à l'Assistance Publique.

Epinay. On peut y envoyer, moyennant 10 fr. par jour.

Filles..... 10 fr. par jour.

Dombasles. Abri temporaire ayant contrat avec l'Assistance Publique.

Pour les filles.

Cure d'Air, par les Assurances Sociales.

Les Caisses versent 80 % des frais.

Prend enfants 5 à 13 ans pour cure thermale de 40 jours, cure climatique de 45 jours.

Association des Camps de vacances. Adresse : 12, avenue du Maine, Paris..... 8 à 9 fr. par jour.

Vers la joie. Abbaye du Lac Léman, Chens (Haute-Savoie).

Les Enfants heureux, 1, place des Etats-Unis, Paris.

Disposent de plusieurs centres. Voir plus haut.

Chavaniac. Voir plus haut.

Saint-Martin-de-Ré. Voir plus haut.

Caisse des Ecoles. Certains arrondissements ont leur propre camp de vacances. D'autres envoient dans les œuvres privées.

Centres d'apprentissages.

Centres agricoles et horticoles. Paris, VII^e. Ministère du Travail, 391, rue de Vaugirard, XV^e.

Ecoles d'agriculture. S'adresser 78, rue de Varenne, Paris, VII^e.

Fondation Brignolles-Galliera, 2, rue de l'Orphelinat, à Fleury-Meudon. Instruction primaire et enseignement pratique, horticulture, sténodactylo, etc.

Œuvre des apprentis d'Auteuil, 40, rue La Fontaine, Paris, XVI^e, apprentissages divers.

Centres d'orientation professionnelle.

1^o *Chambre de commerce*, 2, place de la Bourse.

2^o *Société des Amis de l'Enfance*, 19, rue de Crillon, IV.

3^o *Institut national d'Orientation professionnelle*, 41, rue Gay-Lussac, Paris, V^e.

4^o *La Caisse de compensation de la région Parisienne*, 15, rue Vialat, a pour ses adhérents un centre d'O. P.

PLACEMENT DE NOURRISSONS

NOURRISSONS CONVALESCENTS ET DÉBILES.

Placement par l'Assistance Publique

(Œuvre privée et autonome ayant accord avec l'A. P.).

Fondation Paul-Parquet, 41, boulevard Courbevoie, Ile de la Jatte, Neuilly.

Séjour de convalescence au sortir de crèches hospitalières. Comporte une école d'Infirmières et décerne un diplôme.

Privés.

Montreuil. Fondation Blum-Ribes, 4, place de Villiers, Paris.

Momentanément fermée, sera reprise par les Assurances Sociales.

Nouvelle Étoile des Enfants de France, Fondation Winburn, a une Pouponnière de débiles à Courbevoie.

Bureau central et administration des sections, 14, rue Saint-Guillaume, Paris.

NOURRISSONS TUBERCULEUX.

Assistance Publique.

Brévannes (S.-et-O.). Crèche pour Tuberculeux.

Salpêtrière. Nourrissons tuberculeux hospitalisés en chambres particulières donnant sur jardins.

Par l'Office d'Hygiène.

Crèche de Suresnes. Fondation Darrack. Places pour nourrissons tuberculeux.

Demande établie par les hôpitaux ou dispensaires. Installation moderne.

Privés.

Saint-Georges-Motel (Eure). Fondation Consuelo-Balzan.

Prend cuti positives au-dessus de 2 ans.

Milly.

Montlignon.

NOURRISSONS NORMAUX :

Centres d'élevage : conditions variables mais en général.

200 à 300 fr. par mois.

Deux organisations les plus usitées dans le service sont :

La Nouvelle Etoile des Enfants de France, Siège social, 14, rue Saint-Guillaume, VII, a plusieurs centres d'élevage :

Montmorency, pour enfants délicats (infirmerie, placement en nourrice).

Tergnier (Aisne).

Longueau.

Saint-Quentin

(traitement
antisyphilitique
assuré).

Les Amis des Enfants Siège social, 3, rue Campagne-Première, XIV.

Centres à : *Gaillon* (Eure).

Saint-Leu-d'Esserant (Oise).

Citons également :

L'association de travail et d'assistance, 22, rue des Grands-Augustins, VI, qui a plusieurs centres en province.

Centre maternel et infantile Fondation Lorthiois-Fran-chomme.

Centres à : *Lincelles* (Nord) : (pouponnière et placement familial).

Bray-Dunes, préventorium marin. Enfants au-dessous de 4 ans. (A. S. et Office d'Hygiène).

Si mère employée dans la maison, l'enfant est pris gratuitement et celle-ci reçoit une indemnité.

Ecole ménagère.

NOURRISSONS NON TUBERCULEUX DE PARENTS TUBERCULEUX.

Placement familial des tout petits, Siège social : 106, rue Blomet, XV^e.

Exclusivement pour nourrissons dans les cadres de l'Office d'Hygiène. Centre de placement constitué par un poste principal et un ou plusieurs postes secondaires.

On place les plus jeunes dans le poste principal et dans les postes secondaires ceux de 15 mois à 4 ans.

Chaque centre est dirigé par une ou plusieurs infirmières placées sous l'autorité d'un médecin.

L'Œuvre Grancher, 16, rue l'Abbé-de-l'Epée, Paris.

Prend enfants « encore sains », de 0 à 10 ans et les place à la campagne dans des familles de paysans également sains où les pupilles passent leur vie jusqu'à l'âge de 13 ans. Plusieurs restent à travailler à la campagne.

Accord avec Office d'Hygiène et Assistance Publique.

ADOPTION.

1° *Entr'aide des femmes françaises*, Service d'adoption et pouponnières. Siège social : 12, rue Clément-Marot.

2° *Adoption française*, 42, rue Pasquier, Paris (VIII^e)

TABLE DES MATIÈRES.

	Pages
AVANT-PROPOS	13
CHAPITRE I. — <i>Le Service Social à l'Hôpital</i>	14
Généralités	14
Historique du S. S. H.	16
Le S. S. à l'Hôpital Trousseau (historique).....	19
Courbe de Développement du Service Social à l'Hôpital Trou- seau. La Place de l'Assistante sociale	25
CHAPITRE II. — <i>Service Social et Tuberculose infantile</i>	29
Généralités	29
L'Enquête Sociale	30
Mécanisme de la prise en charge : Dépistage, placement, sur- veillance, orientation professionnelle	32
Observations	36
Tableau du S. S. et enfants tuberculeux	48
Traitement des nourrissons tuberculeux	48
Tableau des nourrissons tuberculeux	58
CHAPITRE III. — <i>Service Social et Syphilis</i>	59
Généralités	59
Mise en traitement	60
Enquête	61
Travail Social	62
Observations	62
Tableau du Service Social et Syphilis infantile	73
CHAPITRE IV. — <i>Service Social et Médecine Générale</i>	74
1 ^o Grands enfants	74
2 ^o La crèche	78
Recrutement	78
Enquête	79
Travail social	80
Aide matérielle	85
Tableau du Service Social à la crèche	86
Observations	86
CONCLUSIONS	102
BIBLIOGRAPHIE	106
CENTRES DE PLACEMENTS	109

